5
LA PROMOTION
DE LA

92-00326/

Responsables de la collection

Planification et coordination des équipes:
Catherine Martin

Édition:
Chantal Roy

Comité d'orientation

Hervé Anctil
Daniel-Louis Bilodeau
Gaston Godin
Pierre Lamarche
Catherine Martin
Lise Renaud
Marcel Sénéchal

Direction artistique

Louis-Mari Drolet
Anne Vallières

Composition, montage

Caractéra inc.

Impression

Leroy Audy

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
2e trimestre 1990
ISBN 2-550-20744-0

Ce cahier est le cinquième de la collection Promotion de la santé mentale. Il a été rédigé par Luc Blanchet, du DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Marie-Claire Laurendeau et Robert Perreault du DSC de l'Hôpital général de Montréal.

Jeanne Gagnon et Rénald Gendron, de la Direction de la santé mentale du MSSS, ainsi que Christine Gourgue, du Centre d'aide en santé mentale de l'Outaouais et Catherine Martin, du Service de promotion de la santé du MSSS, ont aussi collaboré étroitement à l'élaboration de ce cahier.

Le Groupe Média Science, représenté par Ginette Beaulieu, a également largement contribué à la recherche sur le contenu et à la rédaction de ce cahier.

Cette collection de Santé et Société a été préparée dans le cadre d'un programme de formation, en collaboration avec le Service de promotion de la santé et le Service de formation-réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La Direction de la santé mentale du MSSS a permis, financièrement, la production de ce cinquième cahier de la collection.

Il est à noter que le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les hommes que les femmes.

Le contenu du présent cahier n'engage que la responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement la politique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 3

PREMIÈRE PARTIE

LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE: DÉFINITIONS, PRINCIPES ET STRATÉGIES 5

I. DÉFINITION 5

II. DE LA PRÉVENTION À LA PROMOTION 6

III. DÉTERMINANTS 8

IV. STRATÉGIES DE PROMOTION . 9

DEUXIÈME PARTIE

LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE: RÉALISATIONS 17

Reportages-éducation 17

Reportages-marketing social 20

Reportages-organisation communautaire 23

Reportages-communication 31

Reportages-action politique 37

TROISIÈME PARTIE

LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE: TABLE RONDE 45

CONCLUSION 55

BIBLIOGRAPHIE 57

Introduction

Depuis quelques années, on assiste au Québec, comme ailleurs en Occident, à un élargissement du champ de la santé mentale. Sous l'influence de divers mouvements sociaux (mouvement communautaire, désinstitutionnalisation, mouvement des femmes, etc.,) le champ de la santé mentale, jadis centré exclusivement sur la personne, s'est ouvert progressivement sur les interrelations entre la personne et son environnement. Cette ouverture aux dimensions contextuelles de la santé mentale a eu des effets, tant sur les pratiques de soins que sur le développement de la promotion de la santé mentale qui fait l'objet de ce cahier.

Ainsi, par exemple, la politique de santé mentale du Québec (MSSS, 1989)[1] reconnaît l'importance de mobiliser l'ensemble de la population autour des problèmes prioritaires en santé mentale et autour de certains grands moyens d'action à mettre en oeuvre dans ce domaine. Ce faisant, elle ouvre la voie aux pratiques de promotion de la santé mentale, lesquelles revendiquent le développement de responsabilités collectives en matière de santé mentale et, notamment, la création et le maintien de conditions de vie favorables à la santé mentale. Le présent cahier vient illustrer le fait que le Québec dispose dès maintenant du matériel nécessaire à l'élargissement de perspective proposé dans sa récente politique de santé mentale.

Reconnaissant l'imprécision qui caractérise la notion de promotion de la santé mentale, les auteurs de ce cahier proposent des pistes qui permettront aux intervenants en santé mentale de renforcer leur compréhension des caractéristiques et des pratiques propres à la promotion de la santé mentale. C'est pourquoi la première partie du cahier vise essentiellement à clarifier les concepts et à présenter les principes et les stratégies qui encadrent les activités de promotion de la santé mentale.

Ce cahier est aussi et surtout un outil de réflexion et de travail pour les intervenants qui oeuvrent quotidiennement en santé mentale. Par conséquent, les auteurs ont choisi de minimiser l'approche théorique pour donner la parole à ceux et celles qui incarnent et animent la promotion. La seconde partie du cahier met en scène, sous forme de reportages, différentes réalisations en promotion de la santé mentale telles qu'elles se pratiquent depuis plusieurs années dans tout le Québec. Finalement, la troisième partie du cahier consiste en une table ronde regroupant des personnes qui livrent leur témoignage et font état de points de vue variés en matière de promotion de la santé mentale. Cette table ronde permet également de mettre en perspective les principes et les actions autour desquels s'articule la promotion de la santé mentale.

La promotion de la santé mentale a certes gagné du terrain au cours des dernières années au Québec. Elle s'affirme même, à la lumière de la table ronde et des reportages, comme un secteur particulièrement dynamique du champ de la santé mentale. La récente politique de santé mentale du Québec lui confère enfin, sur le plan des objectifs, une place à part entière dans l'ensemble des services à mettre en oeuvre pour améliorer l'état de santé mentale de la population québécoise. C'est à nous tous que revient la responsabilité de soutenir le changement amorcé.

Il est important de souligner que ce cahier s'inscrit dans un cadre théorique volontairement succinct. Il a été élaboré dans le but de permettre un premier contact avec la promotion de la santé appliquée à la santé mentale. De plus, aucun effort n'a été fait pour dégager une théorie propre à la promotion de la santé mentale. Les auteurs sont conscients que ce travail reste à faire mais ne croient pas opportun de l'entreprendre dans un cahier d'introduction. Les cahier un et deux de la présente série sont, pour leur part, entièrement consacrés aux aspects conceptuels et théoriques de la promotion de la santé. Le lecteur intéressé est invité à les consulter.

[1] Politique de santé mentale. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.

ROBIN EDGAR

Cette photo a été prise dans le cadre du programme «L'Amitié n'a pas d'âge» impliquant «Les Petits Frères des Pauvres» et la garderie «la Bricole» du Cégep St-Laurent.

Première partie

La promotion de la santé mentale : définition, principes et stratégies

I. DÉFINITION

Lors de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé tenue à Ottawa en novembre 1986, la promotion de la santé avait été définie comme un processus qui donne aux populations les moyens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé – y compris leur santé mentale – et de l'améliorer.

Ainsi, la promotion de la santé mentale doit prendre en considération tous les déterminants de la santé mentale, qu'ils soient individuels ou environnementaux, en mettant l'accent sur l'interaction entre les deux. Elle recouvre donc l'ensemble des actions des individus et des collectivités qui visent le développement de conditions favorables à leur santé mentale. Ces conditions sont autant de nature biologique et psychologique que de nature sociale, économique, culturelle, environnementale et politique.

Il est difficile de parler de promotion de la santé mentale sans clarifier, en même temps, la notion de santé mentale. Les efforts de définition de la santé mentale entrepris au cours des dernières années s'orientent davantage vers le processus que vers le contenu. Toutes les définitions contemporaines proposent une conception multidimensionnelle et interactive de la santé mentale, vue comme un processus dynamique de recherche d'équilibre entre des forces divergentes.

Il subsiste toutefois entre les diverses définitions des nuances qui ont des conséquences importantes quant à l'orientation des actions à entreprendre pour favoriser la santé mentale. Une analyse plus fine de deux définitions récentes permet de mettre en lumière ces différences.

Selon les termes de la *Politique de santé mentale du Québec*,

> «La santé mentale comporte trois dimensions:
>
> - un axe biologique qui a trait aux composantes génétiques et psychologiques;
> - un axe psychodéveloppemental qui met l'accent sur les aspects affectif, cognitif et relationnel;
> - un axe contextuel qui fait référence à l'insertion de l'individu dans un environnement et à ses relations avec son milieu.»[2]

D'après le texte de la politique, ce serait le développement psychologique qui caractériserait le mieux la santé mentale. En privilégiant l'axe psychologique – même dans un modèle systémique englobant le milieu social immédiat –, une telle définition demeure centrée sur l'individu et comprend des actions qui renforcent les mécanismes individuels d'adaptation.

Selon les termes du document *La santé mentale des Canadiens*,[3]

> «La santé mentale est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimum des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale.»[3]

Cette définition suggère plutôt que l'individu, le groupe et l'environnement assument, à parts égales, la responsabilité d'offrir des conditions permettant de réaliser la santé mentale «pour tous». Or, en promotion de la santé mentale, les actions centrées sur les individus, bien qu'elles soient nécessaires, ne sont pas suffisantes. Il faut également viser à accroître la capacité des collectivités à identifier et à analyser les facteurs qui favorisent ou compromettent la santé mentale de leurs

[2] Politique de santé mentale, 1989, p. 21.
[3] La santé mentale des Canadiens, 1988, p. 7.

membres. Plus précisément, toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain, favorise et soutient la santé mentale.

Ce faisant, la définition de la santé mentale élargit son champ d'action pour englober l'ensemble des déterminants de la santé mentale et paraît d'emblée plus compatible avec le concept même de promotion de la santé mentale.

Les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé touchant la promotion de la santé[4] peuvent se traduire de la façon suivante pour la santé mentale:

1. Rendre la santé mentale accessible, ce qui se traduit par un renforcement des conditions ayant un effet positif sur la santé mentale et une réduction de celles qui ont un effet négatif. Cela suppose une modification des politiques des secteurs publics et privés favorisant le respect de l'individu et de la collectivité;
2. Travailler à l'harmonisation des conditions d'habitation, d'éducation, d'alimentation, de travail et de loisir, afin de les rendre favorables à la santé mentale;
3. Reconnaître les réseaux de soutien social et encourager leur participation à tous les paliers;
4. Adopter des stratégies et des comportements favorables à la promotion de la santé mentale de l'ensemble des individus et respectueux des valeurs de ces individus;
5. Augmenter les connaissances nécessaires dans le domaine de la santé mentale, favoriser l'accessibilité à l'information et la diffusion de cette information en conformité avec les besoins exprimés par les individus et les collectivités. L'atteinte de ces objectifs devrait permettre de faire des choix éclairés dans des domaines susceptibles d'influencer leur santé mentale.

II. DE LA PRÉVENTION À LA PROMOTION

Lorsqu'on aborde la promotion de la santé mentale, il est parfois difficile de saisir de façon claire en quoi elle se distingue de la prévention.

Le tableau I présente les similarités et les dissemblances qui peuvent exister entre la prévention et la promotion, en tant que démarches d'amélioration de la santé mentale. Il faut concevoir la prévention et la promotion comme des démarches complémentaires plutôt qu'opposées, présentant des caractéristiques distinctes en même temps que des points de convergence. Elles se démarquent assez clairement en ce qui concerne leurs objectifs, leurs cibles d'intervention et les modèles théoriques dont elles s'inspirent. Toutefois, l'approche de prévention primaire présente des similitudes certaines avec l'approche promotionnelle, tant par les stratégies qu'elle adopte que par le rôle dévolu aux intervenants. D'où peut-être la confusion qui subsiste encore souvent autour de ces deux concepts.

Les objectifs

Les objectifs de la prévention se rattachent à des problèmes de santé mentale et sont essentiellement correctifs. On parle de «réduction» des facteurs de risque ou encore de «protection» contre les agents stressants.

Les objectifs de la promotion s'insèrent d'emblée dans le cadre d'une dynamique positive. On parle plutôt de «déterminants» et de développement des «conditions favorables» à la santé mentale.

Ces nuances ne sont pas qu'une question de langage; elles reflètent des conceptions de la santé mentale et des philosophies d'action très

[4] Ottawa Charter for Health Promotion, 1987. (Voir bibliographie.)

différentes. Dans un cas, la santé mentale correspond davantage à l'absence de problèmes, alors que dans l'autre, elle est considérée comme une ressource, directement associée à la qualité de vie. Dans un cas, on s'attaque à des problèmes spécifiques, alors que dans l'autre on tente d'agir sur l'ensemble des déterminants qui conditionnent le bien-être individuel et collectif.

Les cibles

Les cibles de la prévention sont à la fois plus spécifiques et plus restreintes. Les individus et les groupes visés sont ceux qui sont les plus susceptibles de vivre un problème de santé mentale.

Les cibles de la promotion sont plus larges et plus diffuses. Elles peuvent viser la population en général incluant des groupes particuliers tels que les décideurs ou certaines populations défavorisées. Elles visent également les conditions fondamentales qui influencent la santé mentale comme le revenu, l'accès à l'éducation ou l'intégration des communautés culturelles.

Tableau 1 : DISTINCTION ENTRE LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

	PRÉVENTION TERTIAIRE SECONDAIRE PRIMAIRE	PROMOTION
OBJECTIFS	• Réduire les problèmes de santé mentale et les facteurs de risque • Protéger les individus et les groupes	• Agir sur les déterminants de la santé mentale • Développer des conditions favorables à la santé mentale
CIBLES	• Individus à risque • Groupes à risque	• Population générale incluant des groupes particuliers • Conditions fondamentales qui influencent la santé mentale
MODÈLES	• Santé publique : action dirigée vers les facteurs de risque • Clinique : action dirigée vers l'éradication des problèmes	• Écologique : action dirigée vers des systèmes multiples et interdépendants • Socio-culturel : action dirigée vers les processus culturels et sociaux d'amélioration de la santé mentale
STRATÉGIES	• Traitement • Dépistage • Réadaptation • Prévention des rechutes	• Éducation • Marketing social • Organisation communautaire • Communication • Action politique
RÔLE DES INTERVENANTS	• Prévenir, traiter et réadapter • Importance de la compétence	• Redéfinition du rôle des intervenants • Partage des rôles et des responsabilités entre les intervenants et la communauté • Pouvoir d'action des individus et des communautés

Les modèles

Les interventions préventives et promotionnelles se rapportent, de façon implicite ou explicite, à des modèles théoriques distincts. Le tableau 1 ne prétend pas offrir une représentation exhaustive de tous les modèles dont elles sont tributaires. Il permet simplement d'illustrer et de mieux caractériser les philosophies qui les animent.

Les modèles théoriques qui ont influencé le développement des interventions préventives, soit le modèle clinique et le modèle de santé publique, reposent sur le principe qu'un problème peut être résolu si on élimine les facteurs de risque spécifiques qui sont à sa source. C'est pourquoi les actions qui découlent de ces modèles visent des facteurs bien circonscrits, d'ordre individuel ou collectif, dont la disparition devrait permettre à l'individu ou à la communauté de recouvrer la santé.

Les modèles écologique et socio-culturel, dans lesquels s'inscrivent les interventions promotionnelles, reposent sur le postulat que la santé mentale est déterminée par des conditions multiples qui interagissent les unes avec les autres. Cette vision plus complexe de la santé mentale appelle des interventions de nature multidimensionnelle. C'est pourquoi une intervention promotionnelle visera souvent de façon simultanée, les modes de vie individuels (habitudes de vie, loisirs, relations affectives), les milieux de vie (famille, travail, réseau social personnel), de même que les conditions de vie plus larges (structure socio-économique, valeurs sociales et culturelles, politiques publiques), qui façonnent la santé mentale et le bien-être des individus et des communautés.

Les stratégies

Les modèles cliniques et de santé publique commandent des stratégies d'action essentiellement correctives, qui correspondent à celles de la prévention secondaire ou tertiaire, c'est-à-dire au dépistage, au traitement et à la réadaptation.

Bien que la prévention primaire s'inspire des mêmes modèles théoriques et se situe également en réaction à des problèmes, elle vise en revanche à agir sur les causes des problèmes et s'inscrit par conséquent dans une perspective beaucoup plus large. C'est pourquoi la ligne de démarcation entre les stratégies de prévention primaire et les stratégies promotionnelles est plus floue. Les deux types d'intervention utilisent en effet des stratégies variées, incluant le développement d'aptitudes ou de ressources individuelles et l'établissement de politiques ou la création de conditions favorables à la santé mentale. L'ensemble de ces stratégies fait l'objet d'une analyse détaillée au chapitre IV.

Le rôle des intervenants

Les interventions de nature corrective reposent sur la compétence des intervenants. Il s'agit en d'autres termes de «dépister, traiter et réadapter efficacement»[5]. Mais si l'expertise confère à ceux qui la détiennent un plus grand pouvoir dans la définition et la résolution des problèmes, elle leur attribue également une responsabilité accrue quant à la réussite ou à l'échec des actions entreprises. Quant aux individus et à la communauté dans son ensemble, ils sont confinés à un rôle à la fois plus dépendant et plus passif vis-à-vis des intervenants qui assurent la prise en charge.

Les interventions de prévention primaire et de promotion de la santé étant d'emblée beaucoup plus larges, elles nécessitent la participation d'un plus grand nombre de personnes. L'amélioration de la santé ne repose plus sur les seules épaules des intervenants mais devient une entreprise sociale où chacun a un rôle actif à jouer. Les interventions promotionnelles exigent une plus grande collaboration et un meilleur partage des pouvoirs et des responsabilités entre les intervenants et la communauté, ce qui suppose une redéfinition du rôle des intervenants.

Il faut comprendre toutefois qu'un plus grand pouvoir d'action des individus et de la communauté n'élimine en rien la participation des intervenants. Il replace plutôt cette dernière dans un contexte où l'action communautaire et l'initiative individuelle peuvent, tout autant que la compétence des intervenants, contribuer à l'amélioration de la santé et au bien-être individuel et collectif.

III. LES DÉTERMINANTS

À la différence de la prévention, dont l'objectif est de prévenir l'apparition des problèmes de santé mentale et leur aggravation, la

[5] Comité de la santé mentale du Québec.

promotion vise à développer des conditions favorables à la santé mentale des individus et des collectivités. Pour ce faire, elle met en oeuvre des actions et stratégies diverses portant avant tout sur les déterminants de la santé mentale, définis comme les conditions favorables ou défavorables à la santé mentale. Il existe déjà plusieurs classifications de déterminants. Celle qui est proposée ici a l'avantage de tenir compte de leurs aspects multidimensionnels et interactifs, par leur intégration dans une grille d'analyse inspirée du modèle écologique.

Comme l'illustre bien le tableau 2, certains déterminants sont liés à l'individu; d'autres se rapportent à l'environnement. Mais ce qu'il faut comprendre de la perspective écologique adoptée ici, c'est qu'elle suppose toujours une interaction dynamique entre les déterminants individuels et les déterminants environnementaux.

IV. STRATÉGIES DE PROMOTION

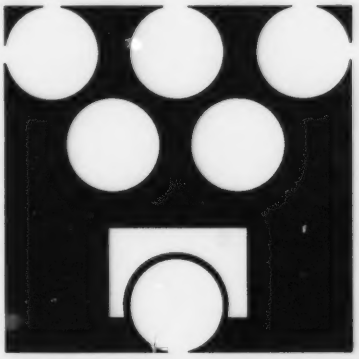
La promotion de la santé mentale se caractérise par l'application de stratégies d'action diverses et complémentaires. Telles qu'elles s'appliquent généralement, ces stratégies peuvent être regroupées en cinq grandes catégories (tableau 3): l'éducation, le marketing social, l'organisation communautaire, la communication et l'action politique.

Bien sûr, ces stratégies ne s'appuient pas toutes sur les mêmes prémisses et utilisent même parfois des méthodes fort différentes. Elles ont chacune leurs adeptes et il serait facile de polariser le débat autour du choix de la stratégie «optimale». Toutefois, un tel débat ne servirait en rien la promotion de la santé mentale. Chaque stratégie comporte des forces et des limites, et on ne peut porter de jugement absolu sur leur valeur ou leur utilité respective.

Une stratégie ne peut être évaluée que par rapport à l'atteinte des objectifs de promotion de la santé mentale et, dans ce contexte, l'utilisation de plusieurs stratégies de façon articulée s'avérera plus efficace qu'une seule utilisée isolément. Par exemple, une bonne campagne de publicité sociale pourra sensibiliser la population à l'importance du soutien social, pendant qu'un travail d'organisation communautaire permettra la mise sur pied de groupes d'entraide et que des activités de nature éducative viendront consolider l'apprentissage d'habiletés de communication interpersonnelle.

Dans la pratique, non seulement retrouve-t-on l'utilisation combinée de plusieurs stratégies de promotion, mais on assiste également très souvent à un recoupement des moyens d'action mis en oeuvre à partir de stratégies différentes. Malgré l'existence de recoupements possibles entre les stratégies identifiées au tableau 3, certaines caractéristiques propres à chacune d'entre elles sont présentées dans les pages qui suivent afin d'en faciliter l'utilisation éventuelle.

L'éducation



L'Association américaine de santé publique (American Public Health Association) soutient que la promotion de la santé repose principalement sur une démarche planifiée d'éducation. Une telle démarche permet d'aider les individus et les communautés à prendre conscience des problèmes qui peuvent constituer une menace pour leur qualité de vie et les incite à créer et à revendiquer des conditions favorables à leur santé.

En promotion de la santé mentale, cette démarche planifiée d'éducation se retrouve dans toutes les autres stratégies. Les moyens qu'elle utilise sont multiples, mais ils peuvent être regroupés en trois principales catégories:

- L'éducation directe ou en face à face: elle s'effectue principalement en petits groupes. Si elle offre l'avantage d'être réactive et de s'adapter aux besoins individuels, elle comporte toutefois le désavantage de ne toucher qu'un nombre limité d'individus. Une variante intéressante de ce premier type d'éducation est la formation d'agents multiplicateurs, qui maximise la pénétration de l'intervention à l'intérieur d'un format personnalisé.

Tableau 2: DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE

VALEURS SOCIALES ET CULTURELLES

- **Degré de tolérance vis-à-vis les différences**
- **Compétition vs coopération**
- **Autonomie vs dépendance**
- **Individualisme vs collectivisme**

ENVIRONNEMENT POLITIQUE

- **Présence ou absence de politiques sociales (emploi, garderies, etc.)**
- **Présence ou absence de concertation intersectorielle au niveau gouvernemental, en lien avec la santé mentale (M.S.S.S. et S.H.Q. re: logement et autonomie des personnes âgées)**

CONDITIONS ÉCONOMIQUES

- **Niveau et sécurité du revenu**
- **Changement économique rapide (croissance ou récession)**
- **Emploi et non-emploi**
- **Infrastructures économiques**

FACTEURS BIO-GÉNÉTIQUES

- Vieillissement
- Handicap physique de naissance

RESSOURCES PSYCHOLOGIQUES PERSONNELLES

- Habiletés de communication, de verbalisation des émotions, de résolution de problèmes
- Estime de soi
- Compétences sociales

HABITUDES DE VIE

- Gestion de la consommation d'alcool
- Activités physiques

QUANTITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES

- Disponibilité des services
- Répartition des ressources en fonction des besoins: compatibilité, congruence, continuité
- Ressources aux familles: garderies, services de gardiennage, de répit
- Horaires compatibles

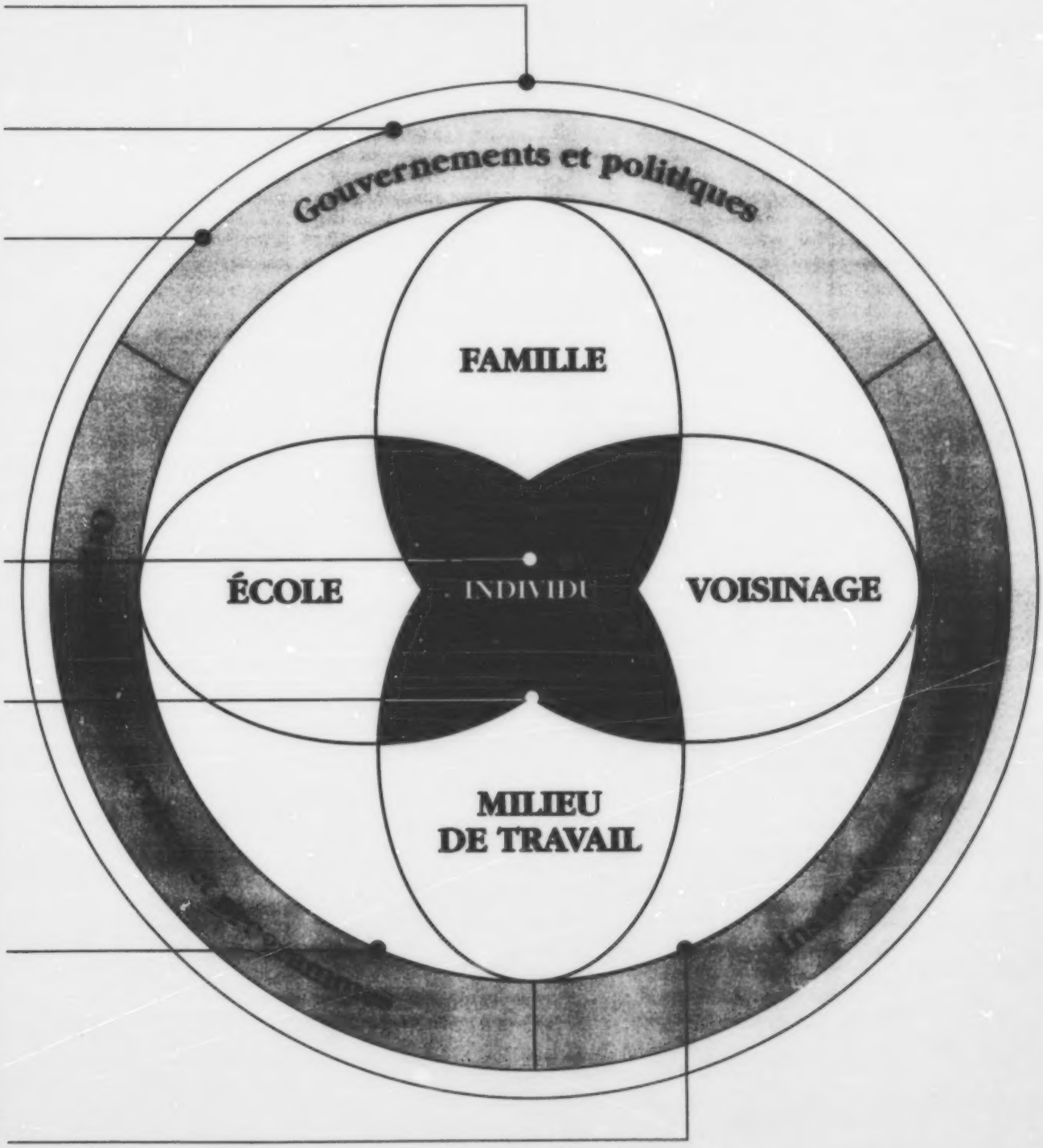
RELATIONS DE SOUTIEN

- **Qualité des rôles occupés dans divers milieux**
- **Qualité des relations interpersonnelles**
- **Accès à des sources de soutien variées**

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

- **Conditions de logement: salubrité, bruit, coûts, etc.**
- **Présence ou absence de toxiques**
- **Accès aux espaces verts**

Note: Les déterminants cités dans chaque catégorie le sont à titre d'exemples et pourraient être complétés par d'autres.



Les auteurs se sont inspirés d'un travail conjoint du DSC de l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et du Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS) de l'université du Québec à Montréal (UQAM), illustrant les concepts de Urie Bronfenbrenner (voir bibliographie).

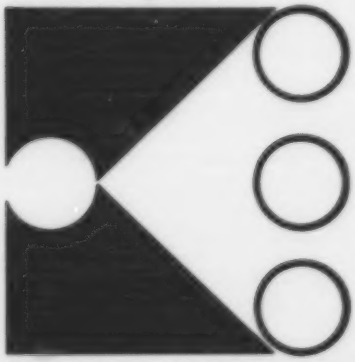
Tableau 3: STRATÉGIE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

STRATÉGIES	RÉALISATIONS	EXEMPLES
Éducation	Directe	Programme de formation aux pratiques de réseaux
	En petits groupes	Programme de gestion du stress
	Médiatisée	Capsules de santé mentale
	Interactive	Bar ouvert
Marketing social	Diffusion	CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (Centre de communication en santé mentale)
	Campagnes	Clip et vous Drogues... pas besoin Violence parentale Campagnes du MSSS sur la maladie mentale
Organisation communautaire	Groupes d'entraide	Groupe d'alphabétisation des immigrantes Club mère-enfants de Trois-Rivières Ouest Le Centre des femmes des Bois-Francs Déprimés anonymes Le Groupe Soleil et Solidarité Psychiatrie Regroupement de parents d'adolescents
	Aide par les pairs	De la visite Projet Multi-jeunesse
	Réseaux	Lebel-sur-Quévillon 1984-1985 Parents-Secours Une approche par le syndicat
Communication	Événements communautaires	Semaine du goût de vivre Festival Folie-Culture
	Médias électroniques	Émission « Tant de femmes » Émission « À plein temps »
	Médias écrits	Parents magazine La violence conjugale, c'est inacceptable !
	Vidéo	Prix Jean-Charles Pagé « 17 ans, la vie derrière soi » « Un trou dans les nuages »
Action politique	Mouvements de citoyens	BAIL (Bureau d'animation et d'information logement du Québec) PEP (Programme économique de Pointe Sainte-Charles) Front commun des personnes assistées sociales du Québec
	Défense des droits	Comité de bénéficiaires du centre hospitalier de Robert-Giffard Groupe Auto-psy
	Politique publique favorisant la santé mentale	Politique pour les femmes victimes de violence Politique de santé mentale
	Lobbying des groupes de pression	Regroupement des organismes de base en santé mentale

* Les réalisations mentionnées dans ce tableau sont décrites dans la troisième partie du document.

- L'éducation indirecte ou médiatisée: elle a recours aux moyens de communication de masse tels que la télévision, les journaux ou les messages publicitaires. Si elle atteint un grand nombre d'individus, elle n'encourage toutefois pas leur participation et leur confère un rôle beaucoup plus passif. De plus, elle entraîne généralement une standardisation de même qu'une simplification du message. Enfin, les coûts reliés à la production et à la diffusion de tels messages en restreignent grandement l'utilisation.
- L'éducation interactive: elle se base sur l'utilisation de moyens informatiques comme l'ordinateur ou la vidéo interactive. Contrairement à l'éducation médiatisée qui transmet un message unique, elle permet d'offrir à un grand nombre de personnes un enseignement individualisé doté de plusieurs des caractéristiques de l'éducation en face à face.

Le marketing social



À la différence du marketing commercial, qui vise à vendre un produit de consommation dans le but de réaliser un profit, le marketing social se définit comme le design, l'implantation et la gestion de programmes destinés à influencer l'adoption d'idées sociales.* En d'autres termes, le marketing social «vend des idées». Sur le marché des idées, les idées sociales favorables à la santé mentale sont en compétition avec les idées jugées nuisibles pour la santé mentale. Par exemple, l'idée de l'entraide et de la consolidation des réseaux sociaux peut entrer en concurrence avec les valeurs d'individualisme et d'ascension sociale également véhiculées par les médias.

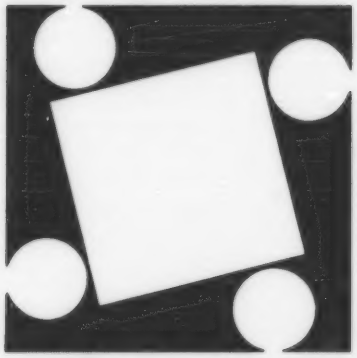
L'utilisation du marketing social peut contribuer à augmenter l'intérêt pour la santé mentale autant que pour toute autre idée sociale. D'où l'intérêt d'adopter une approche structurée pour produire les messages de santé mentale tenant compte des intérêts, motivations, attitudes et besoins des publics que l'on veut influencer. À une époque où le grand public est devenu très sophistiqué dans sa consommation des médias, le recours à des stratégies rigoureuses de positionnement des idées et de recherche auprès des publics visés devient essentiel.

Au Québec, le marketing social s'est manifesté surtout à travers des campagnes publicitaires organisées au niveau des gouvernements fédéral ou provincial. Ces campagnes sont généralement commandées à de grandes agences de publicité qui n'ont pas le pouvoir d'assurer la continuité entre le contenu de leurs campagnes et l'action des intervenants. Très bien conçues au départ, leur efficacité serait amplifiée par une meilleure articulation et coordination sur le terrain. L'ajout de composantes de participation à ces campagnes constitue une forme d'intervention de type marketing social plus puissante en termes de promotion de la santé mentale, car cette approche assure d'emblée une continuité étroite avec le milieu. Non seulement ce dernier participe-t-il à la définition du contenu du message, mais il assure également un meilleur ajustement des activités et des initiatives qui se déroulent sur le terrain.

Il faut finalement insister sur l'importance des canaux de distribution aptes à faire circuler les idées. Tous les efforts investis dans le développement de matériel promotionnel n'auront de véritable portée que dans la mesure où les messages atteindront facilement tous ceux et celles à qui ils sont destinés. D'où l'intérêt de bien connaître les réseaux de distribution existants et de planifier avec soin la diffusion du matériel produit.

* Kotler et Roberto, 1989. (Voir bibliographie.)

L'organisation communautaire

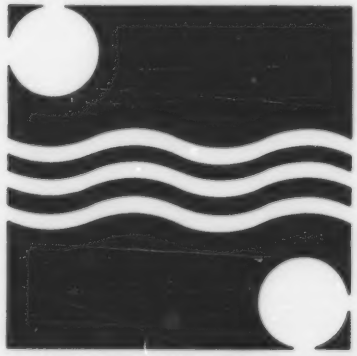


On désigne parfois cette stratégie sous des termes différents, selon qu'elle est utilisée à l'intérieur des structures existantes ou qu'elle vise à les modifier. Dans le premier cas, on parlera surtout de «développement communautaire» ou encore de «planification sociale». Dans le second, on parlera plutôt «d'action sociale». Dans tous les cas, l'organisation communautaire veut permettre aux individus et aux communautés de se regrouper pour définir leurs propres objectifs et choisir leurs propres moyens d'action, que ce soit en mobilisant des individus et des leaders d'opinion locaux, ou en coordonnant des initiatives ou des groupes isolés en vue d'une action commune. L'organisation communautaire constitue souvent une plate-forme pour entreprendre et soutenir une action au niveau politique.

Parmi les multiples moyens d'action possibles, le tableau III en présente trois: la consolidation de réseaux de soutien, la création de groupes d'entraide et l'aide par les pairs. L'aide par les pairs (peer conselling, peer tutoring) désigne des interventions qui visent à développer chez certains individus des habiletés susceptibles de leur servir à aider leurs pairs. L'entraide se définit de son côté comme un processus d'aide mutuelle entre des individus ayant en commun certaines caractéristiques. Les interventions d'entraide et d'aide par les pairs visent habituellement des groupes restreints. Les interventions de consolidation des réseaux de soutien social visent souvent des groupes plus grands et même à l'occasion des communautés entières. De plus, alors que les groupes d'entraide émergent du milieu lui-même, les interventions d'aide par les pairs et de consolidation des réseaux de soutien sont souvent le fruit d'une collaboration avec des intervenants.

Ces moyens d'action en organisation communautaire sont bien intégrés dans les pratiques de santé mentale au Québec et ont constitué, jusqu'à récemment, la principale stratégie utilisée en promotion de la santé mentale.

La communication



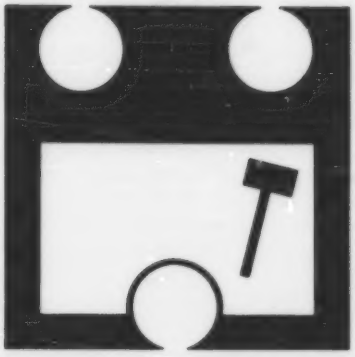
La communication peut être efficace pour sensibiliser, fournir de l'information ou augmenter la motivation.

Les moyens de communication peuvent aussi servir de soutien à la formation, à la transmision des modèles d'action et au maintien des acquis.

Ces fonctions correspondent à autant d'étapes dans le processus de changement du comportement qui peuvent être atteintes de façon isolée, séquentielle ou simultanée, selon la stratégie de communication retenue. Bien que ces fonctions ne soient pas exclusives à la communication, elles ont comme caractéristique de s'intéresser tout particulièrement à la forme du message. Les médias écrits et électroniques ainsi que la vidéo constituent des outils très puissants pour transmettre des modèles de comportement et influencer l'opinion publique.

S'il est possible d'utiliser les moyens de communication de masse pour transmettre des idées relatives à la santé mentale, il convient d'insister sur l'importance d'apprendre à maîtriser ces moyens ou du moins à travailler avec ceux qui les maîtrisent.

L'action politique



Pour devenir une question de santé prioritaire dans l'esprit de tous les citoyens, la santé mentale doit également devenir prioritaire dans l'esprit des décideurs publics. C'est là une condition fondamentale.

Depuis plusieurs années, les mobilisations politiques touchant directement ou indirectement les questions de santé mentale ont pris la forme de mouvements de citoyens, de groupes de défense des droits et de groupes de pression organisés autour de questions spécifiques. Ce sont essentiellement des initiatives issues de la population, parfois au moment d'une crise.

Ces initiatives populaires reflètent la préoccupation profonde des citoyens du Québec à l'égard de la création, du développement et du maintien de conditions favorables à la santé mentale, que ces conditions soient économiques, sociales, culturelles, environnementales ou politiques. Par ailleurs, certaines politiques émanant des décideurs publics influencent aussi, il va sans dire, la santé mentale de la population. C'est le cas, notamment, des politiques liées à l'emploi, à l'habitation, au bien-être social...

Les intervenants en santé mentale peuvent également mettre à contribution l'information et les connaissances qu'ils détiennent pour influencer le processus politique et amener l'établissement de politiques sociales favorables à la santé mentale.

Dans une perspective de promotion, la création de conditions et de milieux favorables à l'épanouissement de la santé mentale fait partie intégrante de la tâche de l'ensemble des intervenants en santé mentale. Ce travail ne peut s'effectuer sans leur participation active au processus politique. Cet élargissement de leurs responsabilités a cependant des implications importantes pour eux car il exige une redéfinition de leurs rôles traditionnels.

Les pictogrammes se rapportent à chacun des secteurs d'activité: éducation, marketing social, organisation communautaire, communication et action politique. Dans la deuxième partie, on retrouvera donc ce symbole visuel identifiant chacun des reportages au secteur pertinent.

JEAN MONGRAIN

Deuxième partie

La promotion de la santé mentale : réalisations

Les reportages présentés ici ont pour but d'illustrer la diversité et la multiplicité des projets de promotion en santé mentale qui sont menés dans les différentes régions du Québec. Chacun de ces projets met en évidence une des cinq catégories de stratégies de promotion de la santé déjà identifiées. Précisons toutefois que certains projets font simultanément appel à plusieurs stratégies.

Nous croyons que ces reportages sont représentatifs de la réalité québécoise en matière de promotion de la santé mentale, par la diversité des régions concernées, la multiplicité des clientèles touchées, la taille et la nature des projets retenus.

Programme de formation aux pratiques de réseaux

DES SESSIONS S'ORGANISENT

C'est maintenant une réalité ! Des sessions structurées visant à soutenir la formation d'intervenants psycho-sociaux aux pratiques de réseaux ont été mises sur pied. Les intervenants ainsi formés oeuvrent dans divers champs d'action – santé maternelle et infantile, maintien à domicile des personnes âgées, santé mentale, etc., – et proviennent de trois CLSC de la région métropolitaine soit Saint-Laurent, Bordeaux-Cartierville et Ahuntsic.

Ce programme a été conçu par deux membres de l'équipe du module de santé mentale du département de santé communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Ils se penchent depuis quatre ans sur les pressants besoins de formation exprimés par les intervenants. Confrontés sur le terrain à des problèmes d'ordre psycho-social complexes et variés, ces derniers réclament une formation adaptée à leurs besoins et davantage d'échanges entre eux. « Il y a une soif évidente de formation, explique la responsable du module de santé mentale du DSC. Lorsque nous organisons une activité d'information, par exemple les Midi-conférences en santé mentale, les gens accourent. »

Cependant, la formation universitaire et les modèles psycho-sociaux actuels ne préparent pas adéquatement ces professionnels à affronter la multidimensionnalité des problèmes existants. Le plus souvent, les demandes du milieu se modèlent sur les services offerts et se manifestent par des besoins de consultations individuelles. Les limites des pratiques centrées exclusivement sur l'individu, au détriment des composantes significatives de son environnement social, font l'objet de plus en plus de critiques de la part des intervenants.

Ce contexte a inspiré la mise sur pied des sessions de formation aux pratiques de réseaux. Elles visent principalement à rendre les professionnels plus à l'aise avec l'intégration, dans le cadre de leurs interventions, des membres du réseau social des personnes en souffrance, qu'il s'agisse de leur famille, d'amis, de voisins ou d'autres intervenants institutionnels. Ainsi, la définition du problème présenté s'enrichit de perceptions multiples, et parfois contradictoires, sans compter qu'il se produit une forme de « collectivisation » de ce problème. Avec le résultat que les intervenants ne sont plus isolés lorsque vient le temps de chercher une solution.

Dans ce processus de formation aux pratiques de réseaux, le rôle du DSC a consisté, outre la conception de la trame de base, à trouver des ressources, à les mettre en commun, à les expliquer et à les « vendre ». Les administrateurs des organismes ont aussi été asso-

ciés à cette démarche «parce qu'ils sont ceux qui doivent payer les formateurs et effectuer la liaison avec les besoins des intervenants», précise, en terminant, la responsable du module.

Personnes consultées

Monsieur Luc Blanchet
DSC Hôpital du Sacré-Coeur
5400, boul. Gouin Ouest
Montréal, Québec
H4J 1C5
Tél.: (514) 338-2973

Madame Louise Blais
DSC Hôpital du Sacré-Coeur
5400, boul. Gouin Ouest
Montréal, Québec
H4J 1C5
Tél.: (514) 338-2975

LA GESTION DU STRESS: UNE SÉRIE DE PETITS PAS

Des professeurs de la Commission des écoles catholiques de Montréal expérimentent en petits groupes un nouveau programme de gestion du stress. Il s'avère en effet que la réflexion en petits groupes (10 à 12 personnes) a un effet positif sur la motivation des participants et sur leur pouvoir de création.

Une série de cours élaborés à l'École de Service social de l'Université de Montréal dans le cadre d'un programme de gestion du stress proposent d'abord un apprentissage de techniques et d'habitudes de relaxation.

Les professeurs ont une dizaine de semaines pour développer des habiletés dans le cadre de cette démarche de gestion du stress. Une réflexion sur les principaux agents stressants et sur les moyens de les gérer et de les contrôler permet ensuite aux participants des échanges de vue sur leurs expériences, sur leurs perceptions et sur leurs comportements. Des changements sont ainsi amorcés dans la gestion même des réalités techniques et physiques de la personne stressée, dans ses perceptions, dans ses réactions et dans son comportement.

La formule a été testée par une psychologue à l'emploi de la Commission des écoles catholiques de Montréal (CECM), auprès de plusieurs groupes d'enseignants confrontés aux malaises engendrés par le stress. À son avis, les résultats positifs obtenus résultent de l'étalement des sessions sur 8 ou 10 semaines et au jumelage judicieux de la théorie et de la pratique.

«Nous avons adopté cette approche éducationnelle parce qu'elle permettait de faire le tour d'un certain nombre de notions et de travailler à la fois sur les perceptions et sur les comportements, précise la directrice du projet à l'Ecole de service social. Dans ce contexte, on a voulu mettre en évidence quatre agents de stress: le changement, la frustration, la surcharge et l'isolement. De tous ces agresseurs sociaux, la frustration semble le plus dangereux, précise-t-elle, car elle mène à des situations cul-de-sac, à de véritables impasses qui risquent de nous rendre très malades physiquement et moralement... et dans un très court laps de temps.»

Tous ces concepts, indigestes pris ensemble, s'assimilent très bien petit à petit. «C'est un peu comme une énorme pizza qui ne peut être avalée autrement que bouchée par bouchée», illustre de façon imagée la psychologue de la CECM.

Fait à signaler, aucun des participants inscrits aux cours pilotes donnés à la CECM ne s'est désisté ou découragé en cours de route. Des problèmes d'insomnie, de digestion et d'anxiété galopante ont été résorbés. Des situations difficiles de divorce ou de séparation ont été assumées sainement et des personnes qui n'avaient jamais osé affirmer leurs besoins et leurs désirs ont découvert qu'il était tout à fait possible pour eux, et souhaitable pour tous, de le faire.

Personnes consultées

Madame Diane Bernier
École de service social
Université de Montréal
C.P. 6128, succ. A
Montréale, Québec
H3C 3J7
Tél.: (514) 343-6598

Madame Sylvie Glenn-Bédard, psychologue
Commission des écoles catholiques de Montréal
Bureau du perfectionnement
3737, rue Sherbrooke Est
Montréal, Québec
H1X 3B3
Tél.: (514) 596-6564

QUE DIRIEZ-VOUS D'UNE CAPSULE SANTÉ MENTALE?

« Saviez-vous que le temps investi à maintenir des relations harmonieuses avec ses amis et sa famille porte toujours des fruits et qu'il est important de communiquer ses joies et ses peines pour partager et se sentir appuyé? »

En fait, chacun s'en doutait vaguement, mais le fait d'entendre cette capsule à votre poste de radio le confirme en des termes simples et clairs. Tirés de dépliants conçus par le CLSC Soc, des dizaines de courts extraits ont été repris par différents médias de la région de Sherbrooke pour promouvoir la santé mentale et la qualité de vie.

Exprimant de façon concrète et structurée ces réalités confuses qui font partie de notre santé mentale et physique, la douzaine de dépliants du CLSC Soc constituent en fait une véritable banque de données. Si l'objectif premier de ces dépliants était d'atteindre directement les gens, leur impact fut sans doute accru par l'amplification médiatique de sous-thèmes. L'agressivité, la communication, la déprime et le stress sont quelques-uns des sujets développés de façon imagée par l'équipe de promotion de la santé du CLSC.

Ces publications font partie intégrante de toute une stratégie d'éducation-santé offerte par le CLSC Soc. Une formule active de rencontres sur ces thèmes est proposée dans la région par ce CLSC, qui offre aussi dans ses locaux une salle d'évaluation auto-santé et de mini-expositions.

Sans discours ni mots savants, l'équipe du CLSC Soc apprivoise de façon humoristique la déprime de février ou démystifie les différents modes de contraception en précisant qu'aucun n'est efficace et satisfaisant à 100 pour cent. Confronté à cette réalité, un personnage rigolo – mais peu convaincant – conclut: « C'est décidé, on fait le voeu de chasteté!... »

Personne consultée

Madame Janine Raiche
CLSC Soc
2130, avenue King Ouest, C.P. 698
Sherbrooke, Québec
J1J 2E8
Tél.: (819) 565-1330

RÉFLÉCHIR SUR L'ALCOOL: BAR OUVERT

« Je me présente: je m'appelle Jean-Paul, barman électronique. Depuis 1985, je m'intéresse à ce qui fait boire les jeunes. Ma curiosité m'a amené à étudier les problèmes que peut occasionner la consommation abusive d'alcool. J'ai rencontré plus d'un million de jeunes depuis mes débuts, grâce à mon logiciel interactif. »

Dans son bar, l'approche de Jean-Paul est à la fois personnalisée et anonyme. À l'instar de ses collègues en chair et en os, le barman électronique est sympathique. Pas question de donner des leçons de morale! Il pose les bonnes questions. Les jeunes ne se sentent pas jugés et, avec lui, ils peuvent aborder le sujet délicat de leur attitude face à la consommation d'alcool. Chaque dialogue est différent et, si le but premier est de susciter une réflexion, les données transmises par les interlocuteurs de Jean-Paul servent aussi à des fins de recherche et de statistiques.

Conçu par le Centre des technologies de l'information de l'Institut de recherche clinique de Montréal en collaboration avec le Département de santé communautaire (DSC) de l'Hôpital général de Montréal, l'approche interactive du Bar ouvert vise à faciliter le cheminement individuel des jeunes afin de les aider à mieux gérer leur consommation d'alcool et les situations sociales où l'alcool joue un rôle. C'est alors que la responsabilité face au problème suscite la prise de conscience collective.

Constitué d'un ensemble d'outils d'animation et d'éducation, le programme Bar ouvert est distribué par un organisme montréalais spécialisé en ce domaine, Sygraf. Il est destiné aux jeunes de 16 à 24 ans qui fréquentent les milieux scolaires, de travail ou certains lieux publics.

Le logiciel est présenté dans un kiosque itinérant qui recrée l'atmosphère d'un bar à la mode. Plusieurs éléments – panneaux, documentation, bar alternatif – peuvent compléter l'élément central de sensibilisation. Le Bar ouvert fait aussi l'objet d'une distribution pancanadienne et internationale. Il existe des versions française, anglaise, allemande et même italienne de ce document.

« À ta santé Jean-Paul et... à celle des jeunes surtout ! »

Personne consultée

Monsieur Robert Perreault
DSC Hôpital général de Montréal
980, rue Guy, bureau 300A
Montréal, Québec
H3H 2K3
Tél. : (514) 932-3055

Centre de communication en santé mentale

PRODUCTION SUR MESURE ET DISTRIBUTION PRÊT-À-PORTER

Le Centre de communication en santé mentale (CECOM), situé à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, a développé au cours des dernières années un véritable réseau dans le domaine de la création et de la distribution de matériel promotionnel en santé mentale. Sa recette : associer les utilisateurs à la production et tenir compte des commentaires des intervenants en santé mentale du Québec.

La CECOM, issu d'une production audiovisuelle destinée à l'enseignement et à la formation, est devenu en moins de cinq ans, un producteur-fournisseur polyvalent de documents vidéos axés sur la prévention et la promotion en santé mentale.

Les documents du CECOM offrent le plus souvent des ensembles complets. Les vidéos sont en effet assortis d'outils pédagogiques tels affiches, guides, etc., et sont réalisés en coproduction avec des intervenants ou des utilisateurs – CLSC, DSC, maisons d'enseignement, organismes divers – qui manifestent un besoin précis. Les vidéos de CECOM sont utilisés pratiquement par tous les intervenants en santé mentale.

Pour répondre aux demandes venant d'outremer, CECOM-Europe vient d'ouvrir ses portes à Paris. Plusieurs documents ont également été traduits en anglais afin d'être distribués dans les autres provinces du Canada et aux États-Unis.

Parmi les documents réalisés, certains ont déjà été produits à plus de 400 copies, notamment ceux qui portent sur les thèmes du suicide chez les jeunes, des enfants du divorce et de la psychopathologie des très jeunes enfants. Si l'organisme distribue ses propres productions, il fait également profiter son réseau d'utilisateurs, d'une banque de données regroupant tous les documents qui existent dans le domaine.

Outre le soutien du réseau des intervenants en santé mentale, le CECOM bénéficie d'un accueil généralement très favorable des médias aux causes qu'il défend.

Personnes consultées

Monsieur Pierre Tremblay
Monsieur Richard Martin
Hôpital Rivière-des-Prairies
7070, boul. Perras
Montréal, Québec
H1E 1A4
Tél. : (514) 328-3503

Clip et Vous

UN MESSAGE CONÇU POUR ET PAR LES JEUNES

Lorsqu'on parle de comportements risqués en matière de santé physique et mentale, on pense souvent aux adolescents et aux jeunes adultes. Pour inciter ces groupes à des changements d'habitudes ou d'attitudes, des campagnes médiatiques faisant appel au marketing social tentent parfois de les toucher afin de susciter une réflexion.

C'est précisément ce que vise le programme «Clip et Vous», bâti autour de la production de quatre vidéoclips. La démarche est basée sur l'identification, par les jeunes, des problèmes de santé mentale qu'ils vivent et des solutions susceptibles d'y être apportées. «Clip et Vous» constitue une approche inédite qui a pour but de construire, avec les jeunes et pour les jeunes, un nouveau modèle de participation et d'appropriation de ces problèmes.

Les malaises psychiques sont bien présents dans cette catégorie de la population. Entre autres, l'isolement social et l'angoisse devant les événements stressants ou perturbants affectent de nombreux jeunes et mènent souvent à des événements tragiques.

Le levier principal de ce projet a pris la forme d'un concours de conception de scénario de vidéoclips à caractère thématique. À travers la production de quatre vidéoclips, les objectifs du projet visaient à faire connaître la manière dont les jeunes envisageaient les solutions à ces problèmes. Il s'agissait également de permettre aux intervenants d'exprimer leurs idées en matière de gestion du stress et d'entraide et de leur fournir un outil stimulant de diffusion. L'ensemble de l'opération favorisait aussi chez les jeunes l'émergence de nouveaux projets d'entraide.

Le concours de scénarios a donc mobilisé des équipes provenant de vingt-deux institutions d'enseignement de niveau collégial pendant six semaines. Quatre scénarios ont finalement été retenus. En plus d'un prix en argent, les lauréats ont aussi pu participer au tournage de leur clip par une équipe de professionnels. Ces enregistrements ont été réalisés par quatre groupes ou artistes appréciés des jeunes: Flash Cube, The Box, Top Sonart et Michel Rivard.

Ces quatre vidéoclips constituent maintenant de véritables outils d'animation mis à la disposition de tous ceux qui s'intéressent à la santé mentale des jeunes de 12 à 20 ans. Complété par une documentation, le programme multidimensionnel «clé-en-main» peut être adapté aux différentes stratégies des intervenants, mais il vise toujours à déclencher et à alimenter la participation des jeunes. Et il est susceptible d'influencer un aspect important de la santé mentale des jeunes: le sentiment d'être actif dans la recherche de solutions aux problèmes qu'ils vivent.

Clip et Vous est distribué par CECOM.

Personne consultée

Monsieur Robert Perreault
DSC Hôpital général de Montréal
980, rue Guy, bureau 300A
Montréal, Québec
H3H 2K3
Tél.: (514) 932-3055

Drogues, pas besoin!

PLUS QU'UN MESSAGE, UNE INVITATION AU DIALOGUE

Le 25 mai 1987, le gouvernement fédéral lançait sa stratégie nationale antidrogue sous le thème «Action contre les drogues». Ce programme de cinq ans tente d'apporter une réponse multidimensionnelle à un problème complexe et croissant.

Parmi les six volets du programme, la composante «Éducation et prévention» a sous-tendu la campagne «Les drogues, pas besoin!» qui avait pour cible les jeunes de 11 à 13 ans et leurs parents.

Chez les jeunes, le message visait à mettre en valeur les avantages de l'indépendance à l'égard des drogues, à proposer des modèles d'identification positifs afin d'augmenter l'estime de soi, à faire état de saines activités aptes à remplacer la consommation de dro-

gues et pouvant susciter l'intérêt au sein de ce groupe d'âge et enfin, à proposer des moyens pratiques pour éviter la consommation de drogues.

En ce qui concerne les parents, il s'agissait aussi de proposer des modèles d'identification positifs et d'accroître l'estime de soi mais la campagne visait également à augmenter leur niveau de connaissance au sujet de l'alcool et des autres drogues, à proposer des moyens pour communiquer avec les enfants à ce sujet, à amener les adultes à modifier leur propre comportement et, par le fait même, à donner un meilleur exemple.

En 1988 et au début de 1989, des messages publicitaires ont été radiodiffusés et télédiffusés, des panneaux d'affichage ont été installés à l'intérieur et à l'extérieur des autobus et dans les centres commerciaux, des annonces ont paru dans la presse écrite, une brochure et une cassette vidéo ont été réalisées. Parallèlement, une série d'émissions, de conférences et de manifestations sur ce thème ont été tenues.

À la suite de cette campagne publicitaire, le ministère Santé et Bien-être social Canada a confié à la firme Gallup le soin d'effectuer une étude d'impact. Plus de 80 p. cent des 11-13 ans, et environ la moitié des 14-17 ans, ont affirmé que ces messages les avaient fait réfléchir sur l'importance de ne pas prendre d'alcool ou d'autres drogues. Quant à l'impact sur les parents, la plupart de ceux qui ont été interrogés ont rapporté avoir eu une discussion sérieuse avec leur adolescent ou leur adolescente sur le sujet au cours des mois de la campagne.

Personne consultée

Monsieur André Thivierge
Santé et Bien-être social Canada
Direction de la Promotion de la santé
Immeuble Jeanne Mance, 4e étage
Pré Tunney
Ottawa, Canada
K1A 1B4
Tél.: (613) 957-8345

La violence parentale

L'HUMOUR, UNE APPROCHE POUR ROMPRE LE SILENCE ET L'ISOLEMENT

En mars 1989, plus d'un million de téléspectateurs québécois a eu l'occasion de rire d'un sujet tabou: la violence parentale. Au cours d'une émission spéciale, les célèbres comiques Ding et Dong proposaient en effet un numéro qui a levé le voile et a fait rire sur un sujet qui est reconnu pour n'être pas particulièrement rigolo...

Élément d'une campagne de promotion de l'Association Parents anonymes, cette émission complétait plusieurs messages diffusés à la radio et à la télévision où Claude Meunier et Serge Thériault suggéraient: «Au lieu de prendre les nerfs après vos enfants, appelez-donc Parents anonymes!»

Si le rire exorcise souvent la tension, il a aussi prouvé sa capacité d'amorcer le dialogue avec de nombreux parents sujets à des pulsions violentes envers leurs enfants. Sur les lignes d'écoute de Parents anonymes, les appels de parents violents en détresse ont augmenté de 40 p. cent à la suite de cette campagne.

Il y a encore quelques années, ce sujet, pratiquement exclu des conversations privées, avait peu de chance de se voir ainsi exposé publiquement. La violence parentale existait mais, ne sachant pas comment l'aborder, on préférait souvent ne pas la voir, ne pas l'affronter. En 1989, si le problème est toujours aussi complexe et délicat, l'Association Parents anonymes a rendu le sujet «parlable» et les parents enclins à la violence prennent désormais l'initiative de chercher un soutien auprès de cette association.

Après avoir établi le dialogue, Parents anonymes propose un soutien actif en vue d'aider ces parents à trouver des solutions à leurs problèmes. La formule mise sur pied par l'Association Parents anonymes a été reprise en France.

Personne consultée

Monsieur Jocelyn Paiement
Parents anonymes
C.P. 186, succ. Place d'Armes
Montréal, Québec
H2Y 3G7
Tél.: (514) 288-5555 ou (514) 288-5706

Groupe d'alphabétisation des immigrantes

LA LANGUE, UNE CLÉ POUR S'OUVRIR À UNE NOUVELLE VIE

Mis en place par les Soeurs de la Providence à Montréal, un réseau d'entraide d'abord conçu pour répondre aux besoins matériels des familles immigrantes s'est étendu aux besoins de communication des femmes immigrantes.

À cause de leur isolement, il est plus difficile pour elles que pour leurs maris d'apprendre le français. N'ayant souvent pas les moyens matériels et financiers de faire garder leurs enfants, ces femmes ont du mal à profiter des cours offerts par les commissions scolaires. La barrière de la langue empêche aussi ces femmes de suivre et d'aider leurs enfants scolarisés et limite même leur accès au marché du travail. Toutes ces raisons concourent donc à accroître l'isolement des nouvelles arrivantes.

Offrant un service de vestiaire et de dépannage aux immigrants du secteur Cartierville depuis une quinzaine d'années, les soeurs de la Providence de Montréal ont perçu ce malaise et créé, en 1987, un groupe d'alphabétisation pour les immigrantes. Des bénévoles laïques et religieuses dispensent les cours pendant qu'un service de garderie s'occupe des enfants.

Pouvoir communiquer, c'est aussi un besoin essentiel.

Personne consultée

Soeur Jeanne Bouchard
Soeurs de la Providence
Groupe d'alphabétisation
5625, De Salaberry
Cartierville
Montréal, Québec
H4J 1J5
Tél.: (514) 331-4810

Club mère-enfant de Trois-Rivières Ouest

UNE HALTE GARDERIE QUI TIENT COMPTE DES RÉALITÉS

Aller chez le médecin, faire son marché hebdomadaire de façon efficace et détendue, effectuer une démarche administrative sont des tâches routinières qui prennent souvent des allures d'expéditions pour les mamans d'un ou de plusieurs enfants d'âge préscolaire.

Bien que répandues, les haltes-garderies ne constituent malheureusement pas la solution universelle car leur prix dépasse parfois les moyens financiers des jeunes mères et, surtout, elles excluent souvent les enfants qui ne sont pas encore propres.

Le Club mère-enfant de Trois-Rivières Ouest a voulu adapter sa formule de halte-garderie à ces réalités. Ainsi, les enfants de 2 à 5 ans, même encore aux couches, peuvent être gardés les jeudis et les vendredis pour la modique somme de cinq dollars par demi-journée.

Plus de cinquante mamans profitent actuellement du service qu'elles se sont offert. Les choses sont facilitées par le fait que les bambins se connaissent. En effet, les jeunes mères se retrouvent le mercredi après-midi pour discuter de leur situation commune de femmes ayant choisi de rester au foyer pour élever des enfants.

Pendant que les bambins jouent, ces mères élaborent des solutions pour améliorer leur quotidien et favoriser leur équilibre. Et elles en trouvent!

Personnes consultées

Madame Manon St-Louis
Madame Raymonde Fréchette
Club Mère-enfant
5315, Lisieux
Trois-Rivières Ouest, Québec
G8Y 5J5
Tél. : (819) 373-0750

Le Centre de femmes des Bois-Francs

AFFIRMATION DE SOI ET ENTRAIDE

À la Maison des femmes des Bois-Francs, on se préoccupe de santé mentale depuis au moins cinq ans. Un important travail de démystification du sujet a permis aux femmes de construire une véritable panoplie d'outils qu'elles ont mis au service de leur équilibre personnel.

Parmi les initiatives nées des groupes d'entraide, il en est une qui consiste à toucher les femmes désireuses de s'affirmer. Regroupées les mercredis midis autour d'une soupe, ces femmes, dont le point commun est d'avoir un problème d'affirmation personnelle, discutent et partagent leurs expériences.

Selon une intervenante, ces rencontres accroissent la confiance des femmes en leur capacité d'échanger leurs idées, leurs sentiments et leurs expériences. En moyenne, huit femmes participent chaque semaine à ces rencontres et plusieurs en ont déjà tiré profit.

Outre les conférences, les ateliers thématiques et les cours mis sur pied, l'équipe de la Maison des femmes dispose d'une tribune dans certains médias écrits et électroniques de la région.

Grâce à ces initiatives, les sujets reliés à la santé mentale ne sont plus tabous dans la région des Bois-Francs. Des plumes et des voix expriment désormais ces réalités et des groupes de femmes s'entraident.

Personne consultée

Madame Louise Lauzière
Maison des femmes des Bois-Francs
49, rue des Forges
Victoriaville, Québec
G6P 1N7
Tél. : (819) 758-3384

Les Déprimés anonymes

L'EXPÉRIENCE DE LA DÉPRIME : UN LANGAGE COMMUN EFFICACE

Qui peut mieux comprendre la déprime que celui qui a déjà vécu cette période difficile ! Il y a 10 ans, une journaliste de La Presse est partie de ce constat pour mettre sur pied l'Association des déprimés anonymes.

Revenant d'un séjour hospitalier à la suite d'une dépression, elle avait remarqué que, dans les institutions, le réconfort le plus efficace venait souvent d'échanges avec les patients eux-mêmes. De nombreux malades retournaient d'ailleurs en institution dans le seul but de retrouver ce support informel mais salutaire. « Pourquoi ne pas le proposer hors du milieu hospitalier ? », s'est dit la journaliste.

Le concept a vraisemblablement fait boule de neige chez les dépressifs car un article, rédigé par une collègue et paru dans La Presse, a suscité plus de 400 lettres en moins d'une semaine. Aujourd'hui, une vingtaine de groupes de déprimés anonymes existent à Montréal, trois au Nouveau-Brunswick et trois à Toronto. Une ligne d'écoute permet de répondre à près de 25 000 appels par an sans compter les 200 bénévoles qui, ayant expérimenté la déprime, viennent en aide aux personnes qui en vivent une.

« Les gens qui craignent de se présenter à nos groupes d'entraide apprennent à nous connaître par nos lignes d'écoute », explique l'une des permanentes de l'association. La thérapie se fait ensuite par les participants eux-mêmes et les résultats sont surprenants, ajoute-t-elle en racontant l'anecdote suivante : « Une jeune femme arrive dans un groupe

d'entraide des déprimés anonymes. Elle est repliée sur elle-même, elle a les épaules basses et la mine triste. Voyant l'air ouvert des autres participants qui rient et discutent, elle se demande si elle ne s'est pas trompée d'adresse et interroge les autres. Non, lui répondon en souriant, et il y a trois semaines nous étions dans le même état que toi aujourd'hui.»

«Lorsqu'une personne est en dépression, poursuit la permanente, la famille et les proches ont souvent des réactions d'ostracisme ou de surprotection.» Les conseils et les remèdes salutaires viennent rarement par la voie des proches, car ces derniers réagissent souvent en fonction de la situation qu'ils vivent eux-mêmes. Le conseil «Prends tes pilules et va te coucher!» est souvent inspiré par les besoins propres de l'intervenant et sa crainte de ne plus avoir la personne dépressive devant les yeux.

La dépression, encore associée à la folie, suscite toujours de mauvaises perceptions. Il est, par exemple, très difficile pour l'association de trouver des artistes porte-parole pour les campagnes de financement. Daniel Lavoie, l'un des rares à accepter cette mission s'est vu attribuer le qualificatif de «déprimé».

Au nombre des résultats positifs obtenus par le biais du mouvement des déprimés anonymes, on note qu'en 1989, autant d'hommes que de femmes font appel aux services de l'association alors qu'il y a à peine une décennie, les hommes avouaient difficilement ce diagnostic. Leur présence au sein des groupes d'entraide illustre bien l'évolution des mentalités.

Personne consultée

Madame Louise Cantin
7070, Casgrain
Montréal, Québec
H2X 3E7
Tél.: (514) 278-2130

Le Groupe Soleil et Solidarité Psychiatrie

RÉINTÉGRATION SOCIALE ASSISTÉE PAR LES PAIRS

Ils ont reçu des soins psychiatriques à l'interne ou à l'externe. Ils veulent réapprendre à vivre normalement, mais ils se sentent isolés et plusieurs de leurs besoins ne sont pas satisfaits par les services traditionnels. Que font ces personnes ex-patientes psychiatriques du Groupe Soleil de Malartic ou de Solidarité Psychiatrie de Montréal? Elles se regroupent pour se donner à la fois des services pratiques et un soutien moral.

Tout n'est cependant pas si simple! Se retrouvant d'abord dans le sous-sol de l'église, les membres du Groupe Soleil de Malartic ont dû vaincre les préjugés et la réticence de la population; ils ont cherché des solutions à leurs problèmes de travail et de loisir, vu à la défense de leurs droits et à la viabilité matérielle de leur association.

Créé en 1981, le Groupe Soleil fut d'abord soutenu par les représentants de l'Hôpital et de la Clinique de Malartic avant de devenir autonome en 1985. Le conseil d'administration au complet se constitua alors d'usagers et, à l'heure actuelle, environ 300 personnes profitent des services du Groupe Soleil qui reçoit quotidiennement de 50 à 60 personnes.

En huit ans, les choses ont bien changé à Malartic et les ex-patients psychiatriques, qui étaient mal reçus ou refoulés en ville, sont désormais associés à toutes les activités de la communauté. Que ce soit pour le Carnaval, pour les levées de fond des divers organismes ou pour aider à la catéchèse dans les écoles, les membres du Groupe Soleil sont désormais associés à la vie de Malartic.

Montréal, 1979. Un mouvement similaire voit le jour. Certains bénéficiaires et travailleurs de l'Hôpital Jean-Talon à Montréal avaient fait une démarche semblable à celle qu'allaient faire deux ans plus tard leurs collègues de Malartic. Se réunissant d'abord chez les uns et les autres afin de rompre l'isolement social, ils créent bientôt «Solidarité psychiatrie» dans le but de prolonger et d'officialiser cette entraide.

«Solidarité psychiatrie» dispose d'un local d'accueil et organise des ateliers d'écriture, de relaxation, de théâtre ou d'affirmation de soi. Une banque de documentation est à la disposition des usagers, un journal est publié plusieurs fois par année et des échanges d'information alimentent le réseau d'entraide qui s'est tissé au cours des dix dernières années.

Personnes consultées

Madame Aline Massicotte
Tél.: (514) 271-1653

Monsieur Serge Lauzon
Tél.: (819) 757-3881

«De la visite»

SANS DIPLÔME MAIS AVEC DU TEMPS

De la visite! Depuis 1985, toutes les nouvelles mères de trois quartiers économiquement défavorisés de l'île de Montréal reçoivent la visite d'une femme du quartier. Ces visiteuses viennent en voisine, en amie et aussi en intervenante informelle. Elles n'ont pas de diplôme, pas de titre, mais elles ont pour rôle d'établir un lien avec les familles, de les aider à découvrir les ressources du quartier, de leur apporter un soutien dans cette période cruciale pour les relations familiales qu'est la venue d'un nouveau bébé.

Une chercheure au département de santé communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur a lancé ce projet, en 1985, avec deux collègues des DSC Lakeshore et Verdun, dans le but d'aider les parents et de s'attaquer à l'isolement social des familles. Cette opération novatrice visait également une action préventive au niveau de l'enfance maltraitée. «Nous nous inspirions un peu de l'approche écologique prônant la fonction sociale importante du quartier, explique-t-elle. Ces groupes d'entraide existaient déjà chez les Américains et chez les Anglais mais nous avons adapté la formule à nos besoins, entre autres en systématisant les visites à toutes les familles où il y avait une naissance.»

Les intervenants du DSC ont donc choisi comme visiteuses des femmes habitant les quartiers cibles depuis un certain temps. Elles sont toutes mères de familles et disposent d'environ vingt heures par semaine pour effectuer des visites. Le contenu de ces interventions amicales peut aussi bien prendre la tournure d'une conversation, d'un accompagnement auprès d'un organisme ressource ou même d'un coup de main pour faire le ménage.

Les visiteuses reçoivent une compensation financière d'environ cent dollars par semaine. «Comme les ressources de ces femmes visiteuses sont souvent faibles, cette rémunération est nécessaire», estime une des responsables.

L'opération «De la visite!» se poursuit toujours, mais elle ne dépend plus du DSC: un organisme sans but lucratif s'est créé pour prendre la relève.

On a constaté, après une évaluation minutieuse du projet, qu'il a donné des résultats plutôt positifs. «Nous avons surtout agi sur les relations parents-enfants, sur l'état émotif et physique de la nouvelle mère ainsi que sur les relations de couple, précise la coordonnatrice du projet en ajoutant que, par contre, l'isolement social s'en est trouvé peu amélioré. Nous tenions à ce que nos intervenantes agissent le plus naturellement possible, en fonction de ce qu'elles voyaient et de ce qu'elles ressentaient.»

Cette approche, à la fois intime et globale, fut très appréciée par les familles qui se sont dites particulièrement heureuses d'être visitées par des «femmes ordinaires, sans diplômes... et qui avaient le temps.»

Personne consultée

Madame Francine Ouellet
Département de santé communautaire
Hôpital du Sacré-Coeur
5400, boul. Gouin Ouest
Montréal, Québec
H4J 1C5
Tél.: (514) 338-2701 ou 681-5870

Multi-jeunesse

PRÉVENIR GROSSESSES ET M.T.S. PAR L'ENTRAIDE

Renseigner sur la sexualité, diminuer les grossesses indésirées à l'adolescence et combattre les MTS chez les jeunes, tels étaient les objectifs du projet Multi-jeunesse lancé à Rimouski en 1983. Si la mission n'était pas inédite, sa stratégie d'aide par les pairs l'était.

La sensibilisation et l'approche des adolescents ont été confiées à de jeunes volontaires formés à cet effet. Six ans plus tard, les agents Multi-Jeunesse, choisis parmi les étudiants de la troisième à la cinquième secondaire, ont toujours le même mandat. Il s'agit de sensibiliser leurs camarades aux problèmes liés à la sexualité, de les informer des ressources offertes par le milieu pour affronter ces problèmes et de transmettre une information sur les moyens contraceptifs.

Choisis pour leurs aptitudes au leadership et à l'entraide, ces jeunes ont reçu une formation intensive de vingt heures avant de travailler, de façon tout à fait informelle, au sein de leurs classes ou de leurs groupes d'amis.

Le travail de fond, effectué par ces 200 jeunes «multiplicateurs» depuis six ans, porte maintenant ses fruits. Aujourd'hui, les chiffres démontrent une baisse importante de grossesses indésirées. «Un de nos objectifs consistait à réduire le délai habituel de 8 à 12 mois entre les premières relations sexuelles et l'adoption de méthode contraceptive, explique le coordonnateur du projet du DSC de Rimouski. Il ajoute que l'information diffusée par le réseau Multi-Jeunesse a sans doute réussi à raccourcir ce délai, responsable de nombreuses grossesses.»

Mis sur pied par des chercheurs du DSC de Rimouski, le projet pilote fut d'abord subventionné par le ministère de la Santé et du Bien-Être social Canada. Multi-Jeunesse était le premier projet du genre au Canada. «Au départ, nous envisagions de toucher à la fois les jeunes du secondaire et du collégial, souligne le coordonnateur. Nous nous sommes cependant aperçu que pour changer les perceptions et les attitudes dans ce domaine, il fallait intervenir avant ou au tout début de la vie sexuelle des jeunes.»
Une autre mission importante du programme visait à agir sur les rôles garçons-filles dans les jeunes couples, donc dans les couples de demain. Les choses semblent également changer en ce domaine puisque 40 p. cent des «agents» Multi-jeunesse sont des garçons. Il y a quelques années seulement, ce genre de formation et d'intervention n'intéressait que les filles.

Si la force du réseau Multi-Jeunesse réside dans la motivation à l'entraide des jeunes, il obtient un soutien sans réserve des comités de parents, des établissements en cause ainsi que des commissions scolaires.

Personne consultée

Monsieur Jocelyn Bérubé
Département de santé communautaire
Centre hospitalier de Rimouski
150, avenue Rouleau
Rimouski, Québec
G5L 5T1
Tél.: (418) 724-8454

Mon ado, ton ado, nos ados...

LEURS PROBLÈMES, LES NÔTRES

Les adolescents sont parfois perturbés, révoltés et malheureux quand ils vivent des situations pénibles ou tragiques. Les parents à leur tour se trouvent souvent perturbés, révoltés et malheureux. De plus, les parents se sentent seuls, coupables et incompris.

Pourtant dans chaque ville, il existe des dizaines, parfois des centaines de familles confrontées à des problèmes semblables de discipline, de fugues, de drogues ou simplement de communication avec leurs adolescents.

Réunis par un constat d'impuissance lié à la solitude, des parents d'adolescents se regroupent désormais dans plusieurs régions pour partager leurs expériences. Que les groupes s'appellent «Tough Love», «Carrefour parents», «Entre parents» ou «Parents d'a-

dolescents», les objectifs de partage et de soutien sont les mêmes.

«Avant de pouvoir partager avec des parents vivant la même situation, j'étais persuadée que je ne pourrais plus jamais sourire de ma vie, confie une personne de Sherbrooke dont la fille vit un dramatique problème de drogue. Rien que le fait de pouvoir en parler en me sentant comprise, m'a permis de dédramatiser le problème et, sans doute, de réagir d'une façon plus efficace», ajoute-t-elle. Nous avons pris le premier réconfort auprès de «Tough Love» et d'un groupe de parents de Drummondville avant de fonder «Entre-parents» à Sherbrooke, en collaboration avec le CLSC Soc, explique le couple fondateur.

«Nous avons adapté la méthode américaine «Tough Love» à nos besoins et avons assoupli les règlements de façon à ce que les parents cherchant des solutions puissent, à leur guise, prendre, essayer ou rejeter les suggestions faites par les autres parents, font remarquer les fondateurs d'«Entre-Parents». Plusieurs parents ont déjà pu constater qu'ils s'y prenaient peut-être mal avec leur fils ou leur fille. Grâce aux conseils d'autres parents, plusieurs ont déjà pu observer une nette amélioration dans leurs relations avec leur enfant.»

Dans la Beauce, un projet de démonstration fut mis sur pied en 1984 par le DSC Beauceville afin d'outiller les parents pour les aider à faire face aux problèmes de relations que plusieurs vivaient avec leurs adolescents. Des groupes ouverts furent encadrés par deux animateurs qui guidaient et secondaient les parents dans une approche d'entraide. Là aussi la formule «Tough Love» servit de concept de base. Le projet a maintenant été repris par le CLSC.

À Hull, ce sont des parents de jeunes contrevenants, vivant à l'intérieur de centres d'accueil, qui ont cherché à se regrouper en 1986. Pendant deux ans et demi, le «Carrefour-parents» leur a permis de se soutenir et de s'accompagner mutuellement dans les difficultés qu'ils affrontaient avec leurs enfants. Petit à petit, ils ont réalisé l'importance de prolonger leur action au niveau de la prévention en intervenant auprès de d'autres parents vivant les difficultés à un stade plus précoce.

«À ‹Carrefour-parents›, il se fait actuellement une ouverture et un travail de croissance, explique la responsable du projet. Une dizaine de parents terminent actuellement une formation qui leur permettra d'étendre l'entraide à un groupe plus large de familles et d'éviter à certains parents la détérioration de leurs relations avec leurs enfants.»

Personnes consultées

Madame Anita Chouinard
CLSC SOC
2130, avenue King Ouest
C.P. 698
Sherbrooke, Québec
J1J 2E8
Tél.: (819) 564-2978

Madame Hélène Gauthier
Carrefour-parents
Hull
Tél.: (819) 595-3738

Madame Dyane Plamondon
Département de santé communautaire
Centre hospitalier régional de la Beauce
Pavillon St-Joseph
253, rue de l'Hôpital
Beauceville Ouest, Québec
G0A 1A0
Tél.: (418) 774-9806

Lebel-sur-Quévillon 1984-1985

VILLE-EN-CRISE, MILIEU EN ACTION

1984. Lebel-sur-Quévillon. Une grève paralyse le principal employeur de la ville: 350 travailleurs se retrouvent sans emploi. La fermeture de l'usine de pâtes et papiers Domtar entraîne l'arrêt de la scierie et de la division forestière de la même compagnie. Le phénomène fait boule de neige et les mises à pied dans les entreprises sous-traitantes sont massives. En quelques mois, toute la vie de la petite ville de 3 500 habitants est perturbée.

L'alcool fait des ravages, les relations familiales se dégradent, des dépressions surviennent, la tension monte entre les ouvriers et les cadres, des affrontements verbaux et physiques s'ensuivent. L'argent manque et les habitudes de vie des citoyens sont perturbées. En quelques mois, 76 maisons sont à vendre dans la petite ville, cinq commerces doivent

fermer leurs portes, des dizaines de familles déménagent.

En peu de temps, le Centre de santé Lebel, seul organisme à offrir des services psychosociaux dans cette région de l'Abitibi, est débordé de demandes de services. Cette grève devient extrêmement menaçante pour le tissu social de Lebel-sur-Quévillon. Mobilisée autour des intervenants du Centre de santé Lebel, la communauté toute entière tisse alors un réseau d'entraide pour affronter cette situation de crise.

Deux graves problèmes émergent en priorité: les familles en difficulté et la désorganisation graduelle de la communauté.

Il faut en priorité apporter une aide directe en nourriture, vêtements et médicaments aux familles. En même temps, il apparaît nécessaire de soutenir de façon particulière les femmes aux prises avec une perturbation totale de leurs habitudes de vie afin d'éviter une détérioration plus profonde du tissu familial et social. Une garderie et des activités communautaires sont donc organisées. Grâce à l'appui du CRSSS de la région (Abitibi-Témiscamingue), un budget de 50 000 dollars est octroyé au Centre de santé Lebel par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Malgré cette aide, les interventions communautaires n'auraient pu atteindre leurs buts sans l'engagement de la municipalité, de la commission scolaire, de l'école secondaire, de la maison des jeunes, de la garderie et des multiples organismes bénévoles. En effet, près de 67 pour cent des frais engagés ont été assumés par le milieu.

Selon le coordonnateur actuel des services communautaires du CSS Lebel, la détérioration tragique du climat social a pu être évitée grâce au réseau de soutien qui s'est consolidé dans le milieu. La prise en charge par la collectivité de la grande majorité des activités communautaires a également été un succès.

«Ce projet Ville-en-crise nous a permis d'identifier les principaux problèmes vécus à Lebel-sur-Quévillon, précise le coordonnateur. Maintenant que les choses sont redevenues normales, les gens connaissent l'importance de maintenir et d'améliorer le service de crise psychosociale.»

Dans cette petite ville, l'objectif visant à favoriser le développement des ressources de la communauté a désormais acquis une dimension concrète.

Personne consultée

Monsieur Pierre Lavoie, coordonnateur
Centre de santé Lebel
950, boul. Quévillon Nord, C.P. 5000
Lebel-sur-Quévillon, Québec
J0Y 1X0
Tél.: (819) 755-4881

Parents-Secours

PLUS QU'UN RÉSEAU DE SOUTIEN, UN RÉSEAU DE CONFIANCE

À cause d'une panne soudaine d'électricité, une école primaire doit fermer ses portes en cours de matinée et les enfants sont priés de rentrer chez eux. Mais voilà, près de la moitié des enfants ne sont pas attendus à la maison car les parents travaillent et ne sont pas prévenus de ce contretemps.

Si la perspective d'un tel incident peut faire frémir quelques parents, elle met surtout en évidence l'utilité d'un réseau d'entraide comme celui de Parents-Secours.

Avertie par le directeur de l'école, la responsable de l'Association «Parents-Secours» d'une petite ville met en branle une chaîne téléphonique pour organiser l'accueil dans les différents quartiers et pour avertir les parents ou les gardiennes. Certaines mères reçoivent chez elles plusieurs enfants en attendant le retour des parents. Non, les enfants de cette petite ville ne seront pas livrés à eux-mêmes.

Connu surtout comme un réseau de foyers disponibles pour porter secours aux enfants en détresse, Parents-Secours est aussi une chaîne de solidarité qui relie des parents avec le système de police et avec les autorités municipales et scolaires.

À Charny, en banlieue de Québec, environ 200 personnes font partie de l'association Parents-Secours. Cette petite ville est caractérisée par la jeunesse des foyers et par le nombre d'enfants d'âge pré-scolaire et de niveau primaire. Si la chaîne téléphonique a été efficace dans le cas de la fermeture inopinée de l'école, elle le fut aussi lors d'une récente alerte au Clown maniaque. «Cette

fausse alarme s'est révélée un excellent test d'efficacité de notre réseau», précise la responsable charnycoise de «Parents-Secours». L'alerte avait circulé comme une traînée de poudre dans la ville et, en moins d'une heure, la police disposait de centaines d'alliés aux aguets. Mais, heureusement, le clown était né de l'imagination d'un enfant...

En 1986, l'association «Parents-Secours» fut créée pour faire face à une situation plus dramatique à London, en Ontario. Un enfant avait alors été kidnappé et les recherches s'éternisaient lorsqu'un groupe de femmes ont suggéré d'instaurer un réseau de parents pour aider les autorités policières à retrouver le garçon.

Les situations d'insécurité se multipliant pour les enfants de tous les milieux, le mouvement a aujourd'hui pris une envergure nationale et même internationale. Rien qu'au Québec, il existe actuellement 294 comités de «Parents-Secours». Les statistiques ont prouvé que la présence de «Parents-Secours» dans un quartier contribue à y abaisser le taux de criminalité. De la solidarité naît une atmosphère plus détendue et plus sécurisante.

«Bonjour la police!», lancent amicalement tous les enfants de Charny au policier-ressource de «Parents-Secours»... qui n'a pas assez de mains pour saluer tout ce petit monde sur son passage.

Personne consultée

Madame Marie-Claude Thibault
Coordonnatrice provinciale
Parents-Secours
19A, rue Turgeon
Ste-Thérèse, Québec
J7E 3H2
Tél.: (514) 433-2594

Une approche par le syndicat

POUR RÉPONDRE AUX APPELS DE DÉTRESSE DES TRAVAILLEURS

Après avoir fait leur examen de conscience et avoué leur impuissance face aux problèmes de santé mentale exprimés par leurs camarades, quinze délégués syndicaux de la Fraternité inter-provinciale des ouvriers en électricité (FIPOE) ont décidé de s'outiller.

Les problèmes liés à la drogue, à l'alcoolisme, aux états dépressifs, aux relations familiales perturbées et au chômage ne respectent ni les corporations professionnelles, ni les cartes de compétences, ni les jours ouvrables: ils sont universels et insidieux. Ils accompagnent les travailleurs sur les chantiers et à l'usine, où les délégués syndicaux représentent souvent la ressource humaine la plus accessible. Ce n'est pas sans crainte que les représentants des syndicats voient ainsi souvent leur mission s'élargir à ce registre complexe et stratégique qu'est la santé mentale.

Désorienté devant les demandes d'aide des travailleurs, le FIPOE s'est tourné vers le CRSSS de l'Outaouais qui a accepté de parrainer un projet de formation en santé mentale pour ses délégués syndicaux. «Six thèmes primordiaux ont été identifiés par les délégués, précise le chef du service de psychologie du centre hospitalier Pierre-Janet: les relations avec l'enfant et l'adolescent, le non-emploi, l'alcool et les drogues, la relation d'aide et les ressources disponibles en santé mentale. Selon leur expertise, six psychologues se sont réparti ces thèmes, chacun de ces thèmes étant abordé pendant trois heures avec les délégués.»

Ensuite, les psychologues ont recueilli les commentaires écrits des délégués syndicaux qui ont permis de réaliser six dépliants à l'intention des travailleurs. Rédigés dans un style clair et direct, ces documents tendent la perche aux travailleurs angoissés par divers problèmes et ne sachant pas où trouver le soutien indispensable.

Quelques mois seulement après le lancement de l'expérience, plusieurs résultats concrets viennent déjà confirmer l'intérêt et la valeur de la formule.

Personne consultée

Dr Pierre Gagnon
Centre hospitalier Pierre-Janet
20, rue Pharand
Hull, Québec
J9A 1K7
Tél.: (819) 771-7761

La semaine du goût de vivre

«MA VIE, JE LA CULTIVE...»

Préoccupée par le problème du suicide chez les jeunes, une trentaine d'organismes, réunis autour de la table de concertation Jeunesse Villeray-La Petite Patrie, ont effectué une démarche de plusieurs années pour en venir enfin à mettre de l'avant la prévention dans une Semaine du goût de vivre.

«Oui, nous devons parler de la problématique du suicide en tant que telle, affirme la coordonnatrice du projet. Mais après trois ans de travail de démystification du suicide, nous en sommes venus à la conclusion qu'il fallait aussi sensibiliser nos jeunes à l'importance de l'entraide, de l'écoute et des réseaux d'amis.» La Semaine du goût de vivre, dans les écoles secondaires et polyvalentes du quartier, sert donc de prétexte à une réflexion sur l'entraide, mais aussi à des activités de fête, de loisir et de communication.

Différentes stratégies visent ainsi à amener les jeunes à être de meilleurs «aidants» naturels, à mieux percevoir et comprendre la détresse d'un copain, à développer des liens entre eux.

«La démarche s'est faite à petits pas, explique la coordonnatrice, en ajoutant que la formule de la Semaine du goût de vivre résulte de la persévérance et d'un véritable travail d'équipe. Il n'est guère facile d'entrer dans une institution, dont le premier mandat est l'enseignement, pour parler du délicat sujet du suicide», admet-elle.

Tout a commencé en 1986 avec la diffusion de documents vidéos, couplée à une animation faite en collaboration avec le groupe Suicide-Action. «Nous avons vite perçu un grand besoin de formation au niveau des intervenants scolaires, explique la coordonnatrice. En effet, comme la prévention passe souvent par le dépistage, et que le dépistage mène à l'identification de personnes en détresse, il s'est posé, une fois ces jeunes en détresse repérés, des questions cruciales à savoir comment intervenir, jusqu'où intervenir et vers quelles ressources les diriger?» Ces inquiétudes se sont résorbées grâce à la formation dispensée par la coalition et à travers les différentes interventions effectuées au cours de ces trois années.

En plus de plusieurs polyvalentes et écoles secondaires du quartier, la Semaine du goût de vivre touche aussi maintenant la collectivité à travers des organismes communautaires qui adaptent les concepts, l'information et le matériel d'animation à leurs clientèles.

Satisfaite de la tournure positive et populaire de l'événement qui, petit à petit, brise le mur du silence, la coordonnatrice conclut: «Sans le regroupement des organismes, jamais une activité d'une telle envergure n'aurait été possible!»

Personne consultée

Madame Lise Petitclerc
Hôpital Jean-Talon
1365, rue Jean-Talon Est
Montréal, Québec
H2E 1S6
Tél.: (514) 729-3036 bur.
(514) 933-8324 rés.

Festival Folie-Culture

LA DÉRAISON ET L'ART

«Qui vit sans folie n'est pas aussi sage qu'on le croit», disait La Rochefoucault. Le célèbre moraliste français du XVIIe siècle exprimait déjà l'existence de liens importants entre la folie et la culture. Ce même concept sous-tend en 89 le troisième festival Folie-Culture.

Deux organismes de Québec, le groupe Autopsy et la coopérative de production et de diffusion des arts actuels Obscure, ont élaboré les principes de l'événement et réalisé les deux festivals précédents, en 1984 et en 1987.

L'objectif de Folie-Culture consiste à jeter des ponts entre la dimension culturelle et sociale de la communauté. Des débats, des expositions de photos ou d'oeuvres d'art, des vidéos, des films, des récitals et des pièces de théâtre viennent concrétiser les interactions créatives et thérapeutiques. Au cours de cet événement destiné au grand public, des créations d'artistes québécois ou étrangers et

la participation de nombreux intervenants en santé mentale permettent d'alimenter l'exploration «de la faille qui fait que quelque part, quelque chose vacille...».

Alors qu'en 1987 le thème était «les jeunes et la marginalité», le Festival Folie-Culture de 1989 a été axé sur la méfiance manifeste à l'égard des ex-patients psychiatriques.

Personne consultée

Monsieur Pierre Carpentier
264, rue St-Jean
Québec, Québec
G1R 1P1
Tél.: (418) 529-5611

«Tant de femmes»

UN RADIO-ROMAN TÉMOIGNAGE SUR LA SANTÉ MENTALE DES FEMMES

Lucille: Tu trouves pas ça drôle? On dirait que Nicole prend des cours de karaté pour venir à bout d'un mari pas trop patient.

Gisèle: Tu devrais pas te moquer! Au Québec, il y a une femme sur dix qui vit dans la violence. Ça veut dire qu'il y en a au moins deux dans la salle ici ce soir.

Lucille: Hein? T'en connais-tu toi des femmes battues? T'as l'air bien informée!

Gisèle: J'en connais une femme qui a vécu là-dedans pendant 15 ans de sa vie. Ça a commencé deux ans après mon mariage... (confuse)... euh! Je veux dire...

Lucille: Toi?

Extrait du radio-roman *Tant de femmes*, ce dialogue illustre l'expression de dix femmes écrivant sur des sujets touchant la santé mentale des femmes.

Mis sur pied par la Maison des femmes des Bois-Francs, ce projet subventionné par Santé et Bien-Être Canada s'est concrétisé par la radiodiffusion de 19 émissions d'une demi-heure sur les ondes du Réseau des Appalaches. Dans le but de promouvoir la santé mentale des femmes, les scénarios créés par les femmes tentaient d'apprivoiser les thèmes de l'affirmation de soi, de l'inceste, du nid vide, de la boulimie et de l'anorexie, de la violence conjugale, de la double tâche, de la monoparentalité et de l'éducation sexiste.

Choisies par l'équipe de la Maison des femmes, les dix femmes avaient en commun un intérêt pour l'écriture et pour la cause des femmes. Encadrée par la coordonnatrice de la Maison des femmes, l'équipe de scénaristes a poursuivi l'objectif de contribuer à briser l'isolement et de sensibiliser la population à ces problématiques trop souvent tues.

Diffusées entre le 16 janvier et le 29 mai 1989, les dix-neuf émissions se composaient, en plus du radio-roman, d'une présentation du thème par un intervenant ou une intervenante spécialisée et d'une tribune téléphonique permettant aux auditeurs d'apporter leurs commentaires ou de poser des questions. Les thèmes de l'inceste et de la violence conjugale ont de plus sous-tendu des témoignages de femmes ayant vécu ces problèmes.

Aujourd'hui, les deux épisodes de *Tant de femmes* portant sur la violence conjugale ont été retenus par le jury d'«Évaluation médias» (Medias watch), groupe canadien soucieux de la projection d'une image positive des femmes.

Après ce succès, le dossier *Tant de femmes* n'est cependant pas fermé puisque le radio-roman s'inscrit maintenant dans le cadre d'un programme pour la promotion de la santé mentale qui comprend des cours, des ateliers, des conférences, des groupes d'entraide.

En plus de diffuser un écho concret et vécu des principales problématiques touchant la santé mentale des femmes, le projet a permis à plusieurs dizaines de personnes (scénaristes, comédiens, techniciens, etc.,) d'être associées à une création radiophonique de calibre professionnel.

Personne consultée

Madame Diane Morin
Maison des femmes des Bois-Francs
49, rue des Forges
Victoriaville, Québec
G6P 1N7
Tél.: (819) 758-3384

À plein temps

LE TÉLÉROMAN DES RELATIONS FAMILIALES

Dans le sillage du concept pédagogique de Passe-partout, le téléroman *À plein temps* propose un regard actualisé sur les relations parents-enfants.

Cent-trente-deux émissions d'une demi-heure reflètent la dynamique interne et sociale de quelques familles d'un quartier populaire de Montréal. L'intégration, dans un même univers, de personnages humains et de marionnettes vise à donner une perception intégrée des réalités à la fois dramatiques et humoristiques qui composent le quotidien des familles.

Les thèmes, touchant entre autres les relations parents-enfants, la communication, la violence, la sexualité, les personnes âgées et les liens parentaux, sont abordés de façon réaliste et moderne. Ils proposent aux téléspectateurs un contact avec la vraie vie, la leur. En effet, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des téléromans, dans *À plein temps* les générations se rencontrent et les enfants sont présents.

Pour des questions d'éthique, les pédagogues-concepteurs de cette série ont cependant refusé de retenir les services d'enfants-comédiens. Ils ont opté pour des marionnettes grandeur nature qui personnifient les enfants et certains adultes. Cette originalité permet aussi d'exploiter des scènes difficiles, par exemple la violence familiale, tout en préservant chez le téléspectateur la distance émotive nécessaire à l'identification.

Ce feuilleton, tout en restant un divertissement, constitue donc un outil pédagogique et social. Il a été conçu par toute une brochette de spécialistes, pédagogues, psychologues et communicateurs, avec la collaboration de groupes communautaires (dont l'association Parents anonymes). Toutes les émissions sont disponibles sur cassettes, assorties de documents, afin de servir d'outils d'animation pour les groupes ou institutions.

Pendant les trois années qu'a duré la série, l'auditoire hebdomadaire moyen a été de 800,000 personnes. Les émissions continuent d'être diffusées en reprise.

Produit par les Productions SDA limitée, *À plein temps* a associé les ministères de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux et de la Justice, Radio-Québec, la Société Radio-Canada et Téléfilm Canada.

Personne consultée

Madame Michelle Tougas
Radio-Québec
1000, Fullum
Montréal, Québec
H2K 3L7
Tél.: (514) 521-2424

Parents magazine

UN OUTIL D'INFORMATION UTILE ET CRÉDIBLE

Mon enfant a deux mois et il commence à peine à sourire, est-ce normal? Ses régurgitations après le biberon sont-elles exagérées? Suzanne a encore cinq kilos à perdre, elle a l'impression de ne plus plaire à Michel... et ils n'ont pas refait l'amour depuis la naissance de bébé!

Ce type de question et de préoccupation est connu de tous les nouveaux parents. Si les conseils de l'entourage sont nombreux, ils sont aussi souvent contradictoires... Pour répondre aux nouvelles situations inconnues ou inquiétantes de la vie de nouveaux parents, une équipe pluridisciplinaire a mis au point un outil d'information crédible, attrayant et utile.

Associant les compétences de membres d'organismes communautaires à vocation familiale à celles de spécialistes en médecine, en psychologie, en travail social, en diététique, en sciences infirmières et en communication, l'équipe de santé mentale du Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal a conçu une publication qui propose un suivi, adapté à l'âge de l'enfant, des situations vécues par les membres de la famille.

Le contenu des vingt-six numéros présente une information claire et précise ayant reçu l'approbation des membres du comité de rédaction; les articles sont courts et les illustrations amusantes. Distribuée systématiquement dans le secteur couvert par le DSC, dans le cadre d'une étude pilote, cette publication a atteint de mois en mois tous les parents participant à l'étude, jusqu'à ce que leur enfant ait trois ans.

Michel fut ainsi rassuré d'apprendre qu'il était normal que son bébé de deux mois commence seulement à sourire de contentement; Suzanne a appris à faire la différence entre les régurgitations et les vomissements; tous deux redécouvrent actuellement leur sexualité en fonction des informations claires et rassurantes de *Parents magazine*.

«L'un des objectifs de l'opération était de promouvoir le développement affectif et social de l'enfant en exerçant une influence dans son entourage immédiat, c'est à dire sa famille proche», expliquent les éditeurs de la publication.

Environ 400 familles ont reçu et recoivent encore *Parents magazine* dans sa version française ou anglaise. Le territoire de distribution dessert aussi bien des familles à revenu élevé ou modeste, des anglophones, des francophones ou des allophones, des foyers à enfant unique ou avec plusieurs enfants. «Une étude a démontré que toutes ces disparités socioculturelles ou économiques influençaient très peu la lecture de *Parents magazine*», signalent les éditeurs qui envisagent d'étendre la distribution du magazine à d'autres régions du Québec. La conception informatisée de la publication permet en effet une adaptation régionale de la rubrique «Les parents débrouillards», décrivant aux parents les ressources locales accessibles.

En offrant aux parents une voie d'accès unique à tous les renseignements utiles, *Parents magazine* vise à augmenter les connaissances des parents au sujet du développement de leur enfant et à leur présenter les différentes ressources mises à leur disposition par les organismes gouvernementaux aussi bien que communautaires.

Personne consultée

Marie-Claire Laurendeau
DSC Hôpital général de Montréal
980, rue Guy, bureau 300A
Montréal, Québec
H3H 2K3
Tél.: (514) 932-3055

LA VIOLENCE CONJUGALE, C'EST INACCEPTABLE!

«Assez, j'en ai assez!» En amplifiant sur des affiches ce cri d'une femme au visage meurtri, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est associé au ministère de la Justice du Québec et au ministère du Solliciteur général du Québec pour dénoncer la violence conjugale.

Alors qu'un foyer québécois sur dix souffre actuellement de violence conjugale, les trois ministères ont uni leurs efforts pour tenter de rejoindre et d'aider les victimes de ce fléau ainsi que les hommes violents. Diffusé par les médias électroniques et écrits, le message invitait chacun à rompre le silence en appelant S.O.S. Violence conjugale.

En plus des femmes et des hommes directement touchés par la violence conjugale, cette campagne d'information, menée au début de 1988, cherchait aussi à toucher leurs parents, leurs amis et leurs familles. Il s'agissait en effet de faire connaître aux témoins de ces agressions l'existence de ressources pouvant venir en aide à la fois aux victimes et à leurs agresseurs.

Sachant que plus de 200 000 femmes sont victimes de violence conjugale au Québec, le public cible de cette campagne était large et les objectifs, d'envergure. La violence conjugale est en effet reliée à un homicide sur cinq et à une tentative de suicide sur quatre sans compter que 18 pour cent des cas d'urgence dans les hôpitaux sont dus à la violence conjugale.

Personne consultée

Benoît Roy
Directeur des communications
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1088, Raymond-Casgrain, 1er étage
Québec (Québec)
G1S 2E4
Tél: (418) 643-7167

Le Prix Jean-Charles Pagé

POUR QUE LES MÉDIAS RESTAURENT CE QU'ILS ONT ABIMÉ

Si le grand public perçoit encore trop souvent les personnes qui souffrent de troubles mentaux comme des personnes «dangereuses, imprévisibles, irresponsables et inutiles», les médias y sont pour quelque chose. Cette image, qui ralentit énormément la réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques, est en effet entretenue par les médias qui véhiculent les préjugés de dangers et les clichés discriminatoires.

«C'est donc à travers les médias que doit se recréer l'image dégradée», se sont dit en 1986 des intervenants en santé communautaire de la région du grand Montréal. Sous l'égide de l'Association canadienne pour la santé mentale, et en collaboration avec le Conseil de la santé et des services sociaux du grand Montréal, le Prix Jean-Charles Pagé était alors créé pour souligner la diffusion de dossiers journalistiques ou de reportages aptes à influencer l'opinion publique dans un sens positif.

La coordonnatrice du projet, au DSC Maisonneuve-Rosemont, explique que ce prix a pour but de souligner la qualité du travail de certains journalistes de la presse écrite et électronique qui contribuent à développer dans le grand public une meilleure compréhension de la santé mentale et des problèmes personnels et sociaux auxquels sont confrontés ceux qui en souffrent. Cinq prix de 2 000 $ chacun sont décernés chaque année dans les catégories presse écrite quotidienne, hebdomadaire et périodique ainsi qu'en radio et télévision.

Si en 1960, «les fous ont crié au secours» sous la plume de Jean-Charles Pagé, près de trente ans plus tard, ce sont les intervenants en santé mentale qui lancent un S.O.S. au pouvoir de la presse.

Personne consultée

Madame Chantal Perreault
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boul. de l'Assomption
Montréal, Québec
H1T 2M4
Tél.: (514) 252-3970

La vidéo

UN OUTIL POLYVALENT EN SANTÉ MENTALE

De l'outil thérapeutique au document didactique ou de promotion, la technologie vidéo parle santé mentale.

Ainsi, la vidéo «Un trou dans les nuages» a été réalisé en 1987, par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) en collaboration avec le Centre Robert-Giffard, au cours d'une expérience de réinsertion sociale vécue à l'Île d'Orléans par quinze bénéficiaires du Centre Robert-Giffard. Des intervenants de l'O.P.H.Q. et du Centre Robert-Giffard ont alors utilisé la vidéo comme instrument thérapeutique afin de mieux associer les bénéficiaires à leur propre évolution.

Internées depuis trente ans en moyenne, ces personnes venaient de se retrouver dans un pavillon privé à Saint-Jean, Île d'Orléans. Au bout de quelque temps, il a bien fallu admettre que, si le cadre de vie de ces personnes s'était amélioré, leur principale activité restait la même: se bercer.

Convaincus de la possibilité de modifier le cours des choses, les intervenants de l'OPHQ et du Centre hospitalier Robert-Giffard négocièrent une entente avec le conseil municipal afin de permettre aux nouveaux venus d'effectuer certains petits travaux au village. Embauchés par la municipalité avec leurs intervenants comme contremaîtres, les bénéficiaires furent bientôt perçus comme

«utiles» par la communauté. Leurs relations avec les villageois sont devenues plus cordiales.

Parallèlement, leur état de santé physique et mental s'améliora de façon significative. L'activité physique, l'accroissement des communications entre eux et avec les villageois ainsi que la normalisation des horaires quotidiens avaient des effets très positifs.

La caméra avait un double but: prendre sur le vif des séquences de travail pour pouvoir en discuter plus tard lors des réunions d'équipe et pour servir d'outil de motivation aux travailleurs. Le visionnement des séquences avait sur les protagonistes un effet stimulant et valorisant: ils constataient, par le truchement de la «télévision», qu'ils avaient fait un travail et l'avaient bien fait!

L'expérience de réinsertion sociale vécue à Saint-Jean par ces personnes fut un succès et se poursuit actuellement en collaboration avec plusieurs employeurs locaux.

La vocation thérapeutique du document original se double maintenant d'une mission de promotion. Sous le titre de «Un trou dans les nuages», une vidéo de 26 minutes 50 secondes a été tirée des 30 heures de tournage. Elle sert, entre autres, à sensibiliser les directions de centres hospitaliers, les cadres et les employés à la possibilité de réussir la réinsertion sociale de personnes ex-patientes psychiatriques.

Si la vidéo peut avoir une fonction thérapeutique, elle peut également s'avérer fort utile en prévention. Ainsi en est-il de la vidéo «17 ans, la vie derrière soi?». Il s'agit là d'un outil de prévention destiné aux adolescents de 15 à 18 ans. Réalisé par le Centre de communication en santé mentale (CECOM), ce document de 29 minutes parle de façon franche et claire du suicide, deuxième cause de mortalité chez les jeunes.

Cette approche met l'accent sur l'intervention préventive des jeunes entre eux, notamment quant au soutien mutuel qu'ils peuvent mieux s'offrir s'ils sont informés, sensibilisés et appuyés.

La dramatique de «17 ans, la vie derrière soi?» met en scène un adolescent traversant une crise suicidaire. Martin trouve soutien et réconfort d'abord auprès d'un camarade, puis de deux jeunes filles qui ont déjà vécu des moments semblables. En collaboration avec l'animatrice de la maison de jeunes, l'équipe réalise un vidéoclip qui reprend de façon systématique les informations sur les causes du suicide, les signaux d'alarme et le «quoi faire» en se référant à des scènes de la dramatique. Ce dernier volet, dynamisé par la présentation accélérée des images et par une musique rythmée, peut être présenté de façon indépendante.

Personnes consultées

Monsieur Julien Bourgeoys
Office des personnes
handicapées du Québec
40, chemin de l'Ermitage
Lac Beauport, Québec
G0A 2C0
Tél.: 643-1599

Monsieur Pierre Tremblay
Monsieur Richard Martin
Hôpital Rivière-des-Prairies
7070, boul. Perras
Montréal, Québec
H1E 1A4
Tél.: (514) 328-3503

LES MALADIES MENTALES: COMPRENDRE, C'EST FONDAMENTAL

Au Québec, comme un peu partout en Occident, les personnes présentant des problèmes mentaux ont connu la ségrégation. Elles furent confinées dans des institutions de type asilaire, situées en retrait de la communauté, afin soi-disant de permettre la protection de ces personnes jugées incapables de s'occuper d'elles-mêmes et considérées dangereuses pour elles et leur entourage.

De tout temps, les problèmes d'ordre mental ont été associés à la folie, notion par laquelle l'individu tout comme la collectivité se sentent menacés, éprouvant dès lors le besoin de se protéger contre l'inexplicable et l'imprévisible.

L'amélioration de la qualité de vie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale nécessite que les attitudes et les perceptions défavorables à leur égard se modi-

fient, permettant ainsi leur intégration ou leur réintégration sociale.

Dès sa parution en 1987, le projet de politique en santé mentale (rapport Harnois) faisait état de lacunes importantes en matière d'information et de sensibilisation portant sur la situation des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental. On souhaitait que soit consenti un important effort afin d'accroître la réceptivité et de favoriser la modification de certaines attitudes à l'égard de ces personnes.

Dans la politique de santé mentale qui a suivi, le ministère de la Santé et des Services sociaux énonçait clairement ses intentions en matière d'information, dont la tenue d'une campagne de sensibilisation à la situation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Cette campagne devrait s'échelonner sur une période de 3 ans; elle comporte notamment la diffusion de messages télévisés, la distribution d'affiches et de dépliants, de même que la production de brochures d'information destinées à ces personnes et à leur entourage.

Les messages véhiculés font état de statistiques: une personne sur cinq connaîtra au cours de sa vie un problème de santé mentale. Ils démontrent également que la personne qui a une maladie mentale éprouve une souffrance et une détresse intérieures, attribuables à sa condition et doublées du fait de ne pouvoir vivre normalement en société. Or, il existe des ressources et des services spécialisés disponibles en périodes de crise. Malgré leur vulnérabilité, ces personnes ont un potentiel qu'on doit leur permettre de développer même si cela exige un effort d'ouverture et d'adaptation. Ces personnes sont des citoyens à part entière et ont droit à leur place dans la société. Il faut comprendre la maladie mentale. Voilà l'essence de cette campagne.

Les messages publicitaires sont testés avant leur diffusion et on évalue à chacune des étapes l'impact de la campagne auprès de la population cible, soit une clientèle primaire composée d'hommes et de femmes, francophones et anglophones, âgés de 20 à 45 ans et comptant moins de 13 ans de scolarité; la clientèle secondaire est formée du même groupe de personnes mais ayant plus de 13 ans de scolarité.

Personne consultée:

Benoît Roy
Directeur des communications
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1088, Raymond-Casgrain, 1er étage
Québec (Québec)
G1S 2E4
Tél: (418) 643-7167

ÊTRE BIEN CHEZ SOI, MÊME DANS UN NID LOUÉ

Le droit à la tranquillité et à la quiétude d'un chez-soi s'applique autant aux locataires de logements qu'aux propriétaires. L'équilibre et le bien-être de chacun est en effet lié à la sérénité d'un domicile et à une qualité de vie convenable.

Au Bureau d'animation et d'information logement du Québec métropolitain (BAIL), on connaît les nombreux problèmes auxquels sont exposés les locataires: l'augmentation abusive du loyer, les rénovations impromptues annoncées par le propriétaire, les avis de reprise de possession, la discrimination, etc. L'organisme de la grande région de Québec répond en effet à près de 4 000 appels par année.

Le BAIL est l'association de locataires la plus ancienne du Québec. Elle se consacre à la défense des droits des locataires autant sur le plan de la revendication que de la protection. Des services juridiques et d'accompagnement sont également offerts aux membres aux prises avec des conflits.

Le Regroupement de comités de logement et d'associations de locataires du Québec (RCLALQ) réunit tous les organismes régionaux de défense des locataires.

Les locataires peuvent dormir tranquilles. Le temps où le propriétaire avait tous les droits est révolu.

Personne consultée

Monsieur Denis Cusson
Tél.: (418) 523-6177

Le programme économique de Pointe-Saint-Charles

POUR SOIGNER LE MALAISE À LA SOURCE

Dans le quartier de Pointe-Saint-Charles à Montréal, 20 000 emplois ont été perdus en 20 ans. L'impact culturel du non-emploi y a entraîné, outre la pauvreté, des conséquences néfastes sur le niveau de santé mentale de la population. Conscients de l'état de détérioration du tissu social et de l'urgence de proposer des solutions, plusieurs organismes communautaires se sont regroupés en 1984 pour mettre sur pied le Programme économique de Pointe-Saint-Charles (PEP).

Depuis des années, ces organismes communautaires intervenaient sur les effets et les impacts de la pauvreté qui étaient devenus chroniques dans le secteur sud-ouest de Montréal. La coalition a donc décidé de s'attaquer directement à la source du problème, c'est-à-dire l'économie et l'emploi.

Regroupées en une corporation, les forces vives des mouvements de citoyens décidèrent d'agir à trois niveaux. Il fallait encourager la création et le maintien des emplois, il fallait assurer la capacité de travailler des individus et il fallait veiller à un aménagement du territoire à la fois propice à l'installation des entreprises et favorable au maintien des gens dans le milieu où ils ont déjà un réseau amical, familial et communautaire.

Après cinq ans d'existence, une centaine d'emplois a été créée, près de 300 autres ont été maintenus, une banque d'emplois a inscrit plus de 250 personnes et une assistance personnalisée a été dispensée à environ 150 personnes qui ont trouvé un emploi ou qui ont entrepris des démarches de formation générale ou professionnelle.

Ce dernier volet de soutien individuel est, selon l'une des initiatrices du projet, particulièrement important. Beaucoup de gens sont tellement éloignés du marché du travail, qu'il faut les préparer à reprendre contact avec ce milieu. « Nous cherchons avec eux à voir où ils en sont et où ils veulent aller, nous les dirigeons vers différentes ressources, mais sans les abandonner dans les dédales de la bureaucratie où ils risqueraient de se décourager. » L'équipe du PEP a ainsi perçu un certain nombre de besoins pour lesquels n'existait aucune ressource. Ainsi, de jeunes décrocheurs se retrouvent totalement démunis face au travail après quelques années d'inactivité.

Un projet est d'ailleurs en cours avec l'Auberge communautaire du quartier pour mettre sur pied une école-entreprise dont l'objectif sera de proposer un plateau de travail accompagné d'une formation.

Subventionné surtout par l'Office de planification et de développement du Québec (OPDQ), le PEP de Pointe-Saint-Charles vit difficilement la décroissance actuelle de son financement.

Personne consultée

Madame Nancy Neanton
2561, rue Centre, bureau 101
Montréal, Québec
H3K 1J9
Tél. : (514) 931-5737

Mobilisation autour de la loi 37

UNE VOIX POUR TOUTES LES FACETTES DE LA PAUVRETÉ

Le projet de modification de la Loi sur l'aide sociale a suscité un tollé chez les organismes sociaux et communautaires du Québec. La décision d'accorder des prestations d'aide sociale en fonction de la capacité de travailler des personnes était, entre autres, jugée inacceptable. Afin de s'opposer à ces changements, le Front commun des personnes assistées sociales du Québec a réuni, pendant plus d'un an, quelque quatre-vingts organismes autour d'une table de concertation.

Des centrales syndicales, des regroupements de femmes, d'handicapés, de jeunes, de locataires, de représentants religieux et autres, ont uni leurs voix pour dire NON aux nouveaux critères jugés restrictifs et inacceptables.

«Toutes les problématiques sociales étaient représentées à la table de concertation, explique la coordonnatrice. Les participants disposaient à la fois d'une bonne connaissance du document d'orientation et de la capacité d'établir le lien avec les personnes assistées sociales dans leur pauvreté quotidienne.» En plus de la stratégie d'information mise en place pour la table de concertation, une série d'actions a été entreprise, dont les manifestations d'avril et d'octobre ainsi que les journées nationales de mai et de novembre, ce qui a permis la mobilisation de 1 670 groupes pour demander le retrait de la loi.

«La loi a quand même été adoptée, conclut la coordonnatrice, mais la table de concertation est toujours vivante et elle s'ouvre désormais à d'autres problématiques sociales comme le chômage et les garderies.»

Personne consultée

Madame Fernande Brousseau
5095, 9e avenue
Rosemont, Québec
H1Y 2J3
Tél.: (514) 597-1431

Les comités de bénéficiaires

UNE VOCATION DE PLUS EN PLUS RECONNUE

Au sein des comités de bénéficiaires des hôpitaux psychiatriques, les usagers doivent occuper au moins trois des cinq postes de direction. C'est le cas au Centre hospitalier Robert-Giffard qui défend les droits et les intérêts d'environ 3 500 personnes internées ou recevant des soins à l'externe.

Bien que la mission de protection des droits individuels et collectifs des usagers soit bien définie, les interventions du comité peuvent être très variées. Ainsi, le regroupement peut intervenir lorsque des citoyens s'opposent à la venue dans leur quartier de centres de réhabilitation pour personnes ex-patientes psychiatriques, lorsqu'un bénéficiaire a besoin d'accompagnement et de soutien pour défendre ses droits individuels ou quand les décideurs étudient des politiques touchant la santé mentale.

«Si nous travaillons directement et ponctuellement pour défendre les droits des usagers, nos actions visent également à sensibiliser le public aux réalités vécues par les personnes psychiatrisées,» explique un bénévole associé au comité de bénéficiaires du Centre hospitalier Robert-Giffard qui est étroitement engagé dans la défense des droits des usagers. Il y a deux ans, une pièce de théâtre avait été montée par le comité, avec des bénéficiaires, afin d'illustrer les conditions de vie des personnes internées. Dans les cas où des citoyens ont des réactions négatives face aux malades mentaux, le comité de Québec prend position dans les médias pour mieux faire connaître les différentes facettes de la vie des personnes hospitalisées.

La récente politique en santé mentale a reconnu l'importance des comités de bénéficiaires, entre autres en indexant leur budget à celui des hôpitaux dont ils dépendent. Il s'agit là d'un résultat concret obtenu à la suite des représentations effectuées par les comités de bénéficiaires auprès de la commission parlementaire et qui a permis de mettre fin aux subventions aléatoires laissées à la discrétion des hôpitaux.

Si tous les établissements psychiatriques disposent d'un comité de bénéficiaires, les plus importants sont ceux de Robert-Giffard à Québec et de Louis-Hippolyte Lafontaine à Montréal. Ce dernier comité défend les droits de près de 5 000 personnes, dont environ 3 000 sont suivies en externe.

Personne consultée

Monsieur Charles Rices
264, rue St-Jean
Québec, Québec
G1R 1P1
Tél.: (418) 529-1978

«Autonomie-psychiatrisés»

DÉFENDRE LEURS DROITS ET LIBERTÉS

Une personne en traitement psychiatrique demande à consulter son dossier médical mais son médecin lui en refuse momentanément l'accès. Que faire? Selon la loi sur les Services de santé et Services sociaux, la consultation de ce dossier est un droit mais le praticien peut y surseoir.

Le Groupe Auto-psy se préoccupe de ce genre de désaccord. Dans un tel cas, il informe le demandeur de la possibilité d'un recours auprès de la Commission des Affaires sociales et du processus à suivre. D'autres requêtes le mènent à donner des renseignements entre autres sur la teneur et sur les effets secondaires de certains médicaments ou sur le statut légal des patients psychiatriques.

Auto-psy existe depuis huit ans et cinq groupes sont maintenant en place dans les régions du Québec. Si le bureau provincial se soucie surtout de la défense des droits collectifs des patients psychiatriques, les antennes régionales agissent directement auprès des membres pour régler leurs problèmes quotidiens.

Auto-psy regroupe bien sûr des personnes recevant ou ayant reçu des traitements psychiatriques mais aussi des personnes qui, n'ayant jamais consulté de psychiatre, ont vu des médecins généralistes pour des troubles d'ordre émotionnel. Selon le coordonnateur provincial d'Auto-psy, cette dernière catégorie toucherait actuellement 20 pour cent de la population québécoise.

Plusieurs documents sont diffusés par Auto-psy, dont une brochure de vulgarisation sur les droits et recours des usagers en matière de soins en santé mentale. L'information n'est-elle pas le premier rempart pour préserver les droits et libertés?

Personne consultée

Monsieur Jean Denis
835, rue Brown, app. 404
Québec, Québec
G1S 4S1
Tél.: (418) 681-3161

DES POLITIQUES POUR AIDER LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE

En 1985, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) déposait une politique d'aide aux femmes victimes de violence. Pour tenter de résoudre le problème de la violence sur le plan individuel et social, le ministère suggérait alors de mettre en place un réseau de services intégrés impliquant plusieurs partenaires gouvernementaux et communautaires dont les ministères de la Justice et du Solliciteur général avec leurs réseaux, des organismes tels les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, les Centres locaux de services communautaires, les Centres de services sociaux, les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, les Centres de femmes, ...

Les efforts du Ministère ont donc porté sur l'établissement de ce réseau de services complémentaires et un programme de formation spécifique a été mis sur pied pour les intervenants des réseaux de la Santé et des Services sociaux, de la Justice et du Solliciteur général.

Ces orientations sociales étaient complétées, en mars 1986, par le dépôt de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale des ministères de la Justice et du Solliciteur général qui assurait la mise en place de moyens légaux pour contrer la violence conjugale. Cette politique définissait clairement le rôle des policiers, des substituts du Procureur général et des agents de probation qui ont à agir au cours des différentes étapes d'intervention dans les cas de violence.

Cette politique visait entre autres à inciter les policiers à ne plus percevoir la violence conjugale comme une «simple chicane de famille». La formation qu'ils ont reçue les amène maintenant à faire enquête et à recueillir tous les éléments de preuve pertinents à une poursuite éventuelle.

Quant aux substituts du Procureur général, ils utilisent désormais les mécanismes de poursuite prévus au Code criminel. S'ils disposent de toute la preuve nécessaire au dossier, ils peuvent mener à terme les poursuites même si la victime désire retirer sa plainte.

Les agents de probation peuvent être appelés à apprécier l'admissibilité du contrevenant à un programme de traitement pour conjoints violents. Dans cette évaluation, il est demandé aux agents de tenir compte non seulement du contrevenant, mais aussi de la victime.

Dans le cadre de cette politique, les deux ministères s'engagent à humaniser le processus d'intervention, à fournir à la victime une attention et un soutien plus constants et à essayer de comprendre le contrevenant lui-même. Un volet mettant l'accent sur la prévention, le dépistage et l'information est venu compléter cette politique d'intervention.

LA SANTÉ MENTALE: UN BIEN INDIVIDUEL ET COLLECTIF

La récente Politique en santé mentale, rendue publique par le ministère de la Santé et des Services sociaux, vise à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou menacée d'obtenir une réponse appropriée à ses besoins et à favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population.

Les nouvelles orientations proposées par cette politique misent principalement sur le potentiel de l'individu et de l'entourage. Des plans de services individualisés, le respect des droits reconnus par les diverses chartes et une sensibilisation accrue de la population soutiennent cette nouvelle approche.

La nouvelle politique vise également à assurer l'accroissement de la qualité des services par une meilleure formation des ressources humaines, par l'augmentation des budgets et par une évaluation en profondeur des pratiques.

L'équité est recherchée à travers l'équilibre des programmes de traitement, de réadaptation et de prévention, et par le biais de la répartition des ressources selon les besoins pour chacune des régions. Des conditions susceptibles de favoriser le maintien et le développement de la santé mentale sont également prévues.

Des réponses, correspondant aux caractéristiques précises de la communauté, sont recherchées à travers le soutien apporté aux groupes d'entraide. Ces derniers doivent favoriser le maintien dans le milieu et la réintégration sociale des ex-patients psychiatriques.

À travers ces orientations et ces mesures, le Ministère tente d'instaurer un partenariat qui permette d'associer, dans une action concertée, la personne et ses proches, les intervenants de la communauté ainsi que les ressources publiques.

L'UNION FAIT LA FORCE, EN SANTÉ MENTALE COMME AILLEURS

Le Regroupement des organismes de base en santé mentale (ROBSM) regroupe 14 organismes dans la région de la Mauricie et des Bois-Francs. En se regroupant, ces associations communautaires aux missions très diversifiées (Auto-psy, groupes d'écoute, association des familles d'accueil, réseau d'aide Le Tremplin, Centres de femmes, etc.,) comptent mieux faire valoir leurs points de vue auprès des divers paliers décisionnels et partager leurs expériences et leurs informations en santé mentale.

Ces dernières années, le ROBSM 04 a consacré beaucoup d'énergie à réaliser et à présenter des mémoires, entre autres, à la Commission Rochon et au CRSSS. «Nous nous battons pour que les ressources légères soient mieux reconnues», explique le coordonnateur de ce regroupement. Si ce dernier estime que les résultats directs de ces actions «épuisantes» sont encore faibles, il admet que des effets indirects amènent, entre autres, le Conseil régional à tenir mieux compte des réalités du milieu.

Personne consultée

Monsieur Guy Châteauneuf
170, rue Hériot
Drummondville, Québec
J2C 1J8
Tél.: (819) 474-1895

LOUISE BILODEAU

Troisième partie

La promotion de la santé mentale: table ronde

Pour participer à cette table ronde, huit personnes ont été choisies en regard de leur expérience et de leur aptitude à représenter et à illustrer l'une ou l'autre des diverses approches utilisées en promotion de la santé mentale: l'éducation, l'organisation communautaire, le marketing social, la communication et l'action politique.

Les participants étaient les suivants:

Monsieur JACQUES DE GUISE est professeur et chargé du cours en marketing social au département de communication de l'Université Laval.

Madame LORRAINE GUAY s'occupe d'organisation communautaire depuis une quinzaine d'années, principalement à Pointe Saint-Charles. Elle est très impliquée dans les mouvements de solidarité avec les peuples d'Amérique Latine.

Monsieur JACQUES LAGACÉ est agent de projet dans le cadre de l'émission *C'est la vie* diffusée à Radio-Québec.

Madame MICHÈLE LORD est journaliste et responsable du secteur santé au Journal de Montréal.

Monsieur MICHEL MONGEON est psychologue et responsable du programme de santé mentale au DSC de Verdun.

Madame DIANE ROY est psychologue intervenante et représente la Collective de recherche action sur la compétence des filles.

Madame MONIQUE SIOUI est organisatrice communautaire en Abitibi dans la communauté algonquine du Grand Lac Victoria.

Monsieur CLAUDE THIBAULT est directeur de la Fondation JEVI pour la prévention du suicide chez les jeunes, une fondation qui a son siège social à Sherbrooke.

EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE, LES SENTIERS NE SONT PAS BATTUS

(Santé & Société)

D'abord, pouvez-vous nous dire en quoi le travail que vous faites ou l'expérience que vous avez acquise au cours des années contribue à promouvoir la santé mentale?

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE QUI DÉTERMINENT LE FUTUR DES GENS

(Lorraine Guay)

Nous, à Pointe-Saint-Charles, on s'attarde surtout à l'ensemble des conditions de vie qui composent la vie quotidienne, celles qui déterminent le futur des gens aussi, tel que le logement, la nourriture, l'accès à l'école, l'éducation, etc., et puis d'autres qui interviennent sur la qualité de vie. Est-ce qu'on fait de la promotion de la santé en faisant ça? Je pense que oui mais il n'y a pas, jusqu'à maintenant, de voie toute tracée qui permette de cheminer en promotion de la santé mentale.

Je vais vous donner un petit exemple qui illustre ce qu'on fait. Comme toutes les années, le Carrefour d'éducation populaire a organisé un encan solidarité à Pointe Saint-Charles, avec la collaboration des femmes du quartier qui sont dans des groupes artisanaux de couture, de tricot, ... Elles vendent les produits qu'elles ont fabriqués dans l'année aux gens du quartier, et les profits vont à un groupe de travailleurs, ou à un groupe qui est en lutte dans le quartier. Cette année, les profits allaient au comité des assistés sociaux dans le cadre de leur lutte contre la réforme de l'aide sociale.

C'était fantastique à voir ! Les femmes tiraient beaucoup de valorisation des travaux réalisés et de la reconnaissance manifestée par la communauté. Environ 300 personnes ont assisté à l'événement. Tout le quartier était représenté ou à peu près. Les patients psychiatriques se promenaient un peu partout ; ils étaient complètement intégrés et faisaient partie de la fête ce soir-là. Ils se sentaient bien dans la communauté.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ : CE N'EST PAS NOUVEAU

(Michel Mongeon)

Le concept de promotion de la santé qu'on a inventé depuis quelques années arrive dans le vocabulaire comme si c'était une expression nouvelle, une nouvelle mode, alors que concrètement cela fait des années que ça existe, qu'on fait de l'animation et de l'organisation communautaire. C'est toute l'organisation du milieu de travail ainsi que la dimension collective et sociale de la santé qui, à mon sens, ont été fortement négligées par les approches traditionnelles de la santé.

On commence chez nous à faire des campagnes de promotion de l'entraide. Mais au fond, on n'invente rien en faisant cela que ce soit au niveau des jeunes ou des personnes âgées. On n'invente pas l'entraide ! On remet en scène des choses qui ont toujours existé et qui ont peut-être été négligées de la part des gens qui ont commencé à faire la promotion de la santé.

CHANGER DES COMPORTEMENTS ET DES ATTITUDES POUR PRÉVENIR LE SUICIDE CHEZ LES JEUNES

(Claude Thibault)

Pour notre part, on travaille depuis plusieurs années à la prévention du suicide chez les jeunes. Notre approche est axée sur la prévention primaire plutôt que sur l'intervention auprès des personnes en situation de crise. On essaie de travailler davantage avec des groupes de personnes comme des enseignants, des directeurs d'école, des travailleurs sociaux, des psychologues, des parents et bien sûr des jeunes.

On a ainsi développé différents types d'activités, par exemple des semaines thématiques qui visent, entre autres, à favoriser une meilleure qualité de vie dans le milieu. Une de ces activités s'appelle la « Semaine du mieux vivre ». Après l'avoir expérimentée dans différentes écoles, cette formule s'avère intéressante parce que les jeunes apprennent à travers ces événements qu'ils ont du pouvoir sur ce qui se passe dans leur milieu. Souvent le jeune suicidaire a l'impression de ne pas avoir de pouvoir sur ce qui se passe autour de lui ou dans sa vie. Alors, à travers une semaine thématique autour de laquelle on greffe des objectifs bien précis, le jeune a l'impression qu'il peut changer quelque chose dans son environnement comme étudiant d'abord mais aussi comme jeune.

Quand un jeune décide de changer son milieu, son école par exemple, il peut y développer un sentiment d'appartenance, une qualité de relation telle que ses besoins fondamentaux sont comblés à travers ça. Améliorer la qualité de vie devient pour nous un des éléments de prévention et en même temps de promotion de la santé mentale. Dans un milieu favorable à une bonne santé mentale, je pense que les idées suicidaires ont moins de chance de prendre racine. Il faut s'attaquer aux racines des déterminants de la santé mentale.

Lorsqu'on parle de changement de comportements et d'attitudes, je crois que ça se réalise dans le temps et le temps ça nous appartient. C'est notre décision à nous d'investir dans le temps, d'investir sur la vie finalement parce que la prévention du suicide ce n'est pas une question de mort, c'est une question de vie.

VERS UNE GÉNÉRATION DE FEMMES AYANT PLUS DE POUVOIR SUR LEUR VIE

(Diane Roy)

Nous contribuons à la promotion de la santé mentale par l'expérimentation directe d'activités en science avec des groupes de filles du second cycle du primaire. En offrant de telles activités de loisirs scientifiques à des filles dont les âges varient de 9 à 12 ans et qui proviennent de milieux défavorisés, on tente de leur apprendre à acquérir une plus grande maîtrise de leur environnement et à

développer leurs habiletés à résoudre des problèmes, habiletés reconnues comme distinctives des individus compétents ou en santé. Grâce à cette formule qui s'apparente beaucoup à celle d'une halte scolaire, nous visons en fait à doter nos filles d'habiletés de base, qui peuvent être transférées à d'autres environnements.

Ce concept d'intervention repose sur une analyse des comportements des filles, qui identifie un certain nombre de déficits comportementaux liés à des omissions ou à des restrictions au cours de leur développement. Ces lacunes ont pour résultat de façonner des femmes impuissantes, passives, dépendantes et qui ont peu de pouvoir sur leur vie. Notre programme vise donc à corriger les lacunes en termes d'opportunité de développement pour les filles et à leur donner accès à un milieu plus stimulant où elles peuvent manipuler, expérimenter, produire un impact sur leur environnement. Ces activités renvoient aux filles une image valorisante d'elles-mêmes. On peut espérer contrer ainsi la pauvreté de leur environnement naturel et l'enrichir par des activités, des jeux variés, diversifiés. Elles peuvent avoir accès, par exemple, à des micro-ordinateurs, à des jeux électroniques, à des coffres à outils.

Dans la programmation de nos activités, on tente de leur offrir un bon éventail d'expériences en science physique, par exemple des activités en météorologie, sur l'air, sur la lumière, ... Pour leur apprendre à maîtriser des situations problématiques, on organise aussi des mises en situation comportant certaines difficultés. La familiarisation avec les sciences nous permet d'orienter les filles vers des choix de carrière plus prometteurs et de les aider à s'approprier le pouvoir économique qui est reconnu comme un élément-clé de la santé mentale. On travaille ainsi à former une nouvelle génération de filles et de femmes qui auront sans doute plus de pouvoir sur leur vie et qui seront aussi des modèles pour les autres.

Je voudrais ajouter que ce programme d'intervention est aussi un programme de recherche qui s'étend sur 3 ans. Il ne s'agit pas d'un simple programme de familiarisation avec les sciences. Notre objectif premier en est un de promotion des compétences des filles.

PARLER DE SANTÉ MENTALE, C'EST DÉJÀ DE LA PROMOTION!

(Michelle Lord)

Il y a onze ans, les journalistes étaient rarement convoqués à des conférences de presse qui parlaient de la santé mentale et d'un phénomène comme le suicide chez les jeunes, par exemple. Je trouve que d'en parler c'est déjà une forme de promotion.

De plus en plus de représentants de divers organismes nous appellent pour nous parler de leurs projets, de ce qu'ils font d'intéressant et des résultats qu'ils obtiennent. Il y a trois ou quatre ans, on ne sentait pas ce dynamisme-là.

Je trouve que ce n'est plus aussi difficile qu'il y a quelques années de vendre un article qui parle de santé mentale. À une certaine époque, les articles en santé mentale pouvaient par exemple se retrouver en page 40 alors que maintenant ils sont en page 5 ou 6. On leur donne la même priorité qu'une crise dans une salle d'urgence. Je pense que les journaux ont fait de grands pas dans le sens de la promotion de la santé mentale.

APPLIQUER DES TECHNIQUES DU MONDE DES AFFAIRES AU DOMAINE SOCIAL

(Jacques de Guise)

On s'intéresse de plus en plus, dans notre société, à la promotion d'idées ou de causes sociales, qu'on appelle le marketing social. En deux mots, il s'agit d'une approche qui consiste à appliquer des techniques du monde des affaires au domaine social, à la promotion d'idées ou à la satisfaction de besoins sociaux.

Le marketing est d'abord et avant tout un état d'esprit, un ensemble de techniques, une démarche qui est très marquée par un aspect systématique et rationnel, une démarche qui commence par l'identification du problème pour aboutir normalement à l'identification de certaines solutions, lesquelles deviennent en marketing social ce qu'on appelle communément le produit social. On est capable de transposer des idées de produits ordinaires dans le domaine social.

Une étude très attentive de ce produit-là permet alors de définir ses avantages et ses inconvénients, de voir ce qu'il implique aussi comme coût, et par coût il faut l'entendre ici tout autant en termes d'efforts, efforts de changement et efforts d'adaptation, qu'en termes financiers.

Vous aurez compris sans doute que ce n'est pas aussi facile en marketing social qu'en marketing commercial. Toute l'idéologie du marketing commercial consiste en effet à essayer de satisfaire les besoins des individus en les flattant dans le sens du poil, si l'on peut dire. Alors, on offre de l'alcool à ceux qui ont soif, on offre de la drogue aux jeunes qui veulent décrocher et qui cherchent l'évasion, on offre de belles voitures rutilantes à ceux qui veulent draguer, etc... c'est relativement facile ! En marketing social, c'est un peu plus difficile parce que souvent les comportements qu'on veut changer sont ceux qui sont les plus difficiles, les plus réfractaires au changement. Cependant, je pense, et des études le montrent aussi, qu'en s'y prenant de façon plus systématique on peut arriver à des résultats intéressants.

CHANGER LA PERCEPTION FACE AU VIEILLISSEMENT

(Jacques Lagacé)

Pour ma part, je travaille depuis quatre ans maintenant à un projet qui s'appelle *C'est la vie*, une série produite par Radio-Québec et qui est en ondes depuis septembre 1988.

Cette série porte sur les passages de la vie à partir de la cinquantaine. Ces passages de la vie, disons plutôt événements, peuvent correspondre à la mort d'un conjoint, au fait de prendre sa retraite, de devenir grands-parents, de retourner aux études, en somme toute une série d'événements qui obligent souvent les personnes à se remettre en question, à faire un certain bilan de leur vie, et à se trouver aussi de nouvelles raisons de vivre, dans le cas de la perte du conjoint, par exemple.

Dans le cadre de ce projet, notre approche consiste à nommer les choses et à offrir des balises pour vivre des événements qui sont soit occultés ou inexplorés. Même si on a beaucoup parlé de la retraite, on parle peu actuellement de ce qui arrive lorsqu'un conjoint meurt, qu'un enfant divorce ou qu'une séparation se produit après 30 ans de mariage.

Il est étonnant de voir à quel point le seul fait de nommer les choses peut faire disparaître un nombre important de malaises liés au stress et au sentiment de culpabilité. C'est légitime d'être déprimé après avoir pris sa retraite car on arrête d'avoir un temps organisé à l'extérieur et on est obligé de s'organiser soi-même. Il y a un trou et ce trou-là provoque un sentiment de vide. Au fond, c'est normal que lors des périodes de changement, il y ait une étape où l'on se sente déstabilisé et mal dans sa peau. Ce n'est pas de la maladie.

Nous visons en fait à changer la perception que les gens ont du vieillissement. Au fond, une minute à 70 ans ou une minute à 20 ans a la même valeur au plan existentiel. Peut-être que l'événement le plus important de notre vie ne se produira qu'à 70 ou 80 ans; ce n'est pas qu'à 20 ou 40 ans que c'est important la vie.

LE MOT MAGIQUE : TRAVAILLER ENSEMBLE

(Monique Sioui)

Dans notre équipe, on travaille ensemble. Le mot magique c'est de travailler ensemble : être ensemble tout le temps, pour toutes les décisions, pour tous les problèmes, et s'employer ensemble à trouver des solutions.

Alors, quand on parle de promouvoir la santé mentale, surtout chez les autochtones, il s'agit peut-être d'abord de définir notre identité à savoir qui c'est un Algonquin et qui c'est une Algonquine. Il faut se définir pour mieux se respecter et s'aimer. Nous sommes confrontés à une dépossession continuelle, notamment celle du territoire. Il faut cependant dire que les Algonquins du Grand Lac Victoria forment la seule collectivité d'autochtones dans l'est du Canada qui a refusé d'être « parquée » dans une réserve, d'aller vivre dans un ghetto. C'est une collectivité encore très nomade. Ils dérangent énormément de monde.

Mais il y a quelque chose d'assez extraordinaire qui s'est passé chez nous au cours des dernières années : une importante prise de conscience de la part de notre population. On parlait de suicide tout à l'heure, chez nous aussi il en a été beaucoup question. Et il y a eu des tentatives de suicide. Alors l'équipe s'est réunie pour s'interroger sur ce qu'il fallait faire. Et puis on a fait venir le formateur régional en Abitibi-Témiscamingue pour

nous donner un séminaire d'une semaine sur cette question. Cela a fait un changement énorme. Maintenant au moins, on est capable d'en parler.

On a adopté comme pratique de tous les jours, au Grand Lac Victoria, de parler des problèmes. Ainsi on parle aujourd'hui facilement de violence. On vient de terminer un programme qui s'intitulait «Défendons-nous contre quelque chose qui nous fait du tort». Le titre était en algonquin. Qu'est-ce qui nous fait du tort? C'est la violence.

On ne veut plus voir de souffrances. On ne s'habitue pas. On veut que l'équipe de santé ait une vision globale de l'état de santé de la collectivité, que tout le monde vive en harmonie, que tout le monde soit bien physiquement, mentalement, socialement et spirituellement. Une des définitions que les Algonquins et Algonquines ont trouvée là-bas pour le mot santé se formule ainsi: un esprit sain dans un corps sain, dans une famille saine, dans une communauté saine, dans une nation algonquine saine, dans une écologie saine.

LES MÉDIAS: UN OUTIL À DEUX TRANCHANTS

(Santé & Société)

On parle souvent des problèmes liés à la santé mentale mais pas beaucoup des solutions. Croyez-vous que les médias aient un rôle important à jouer sur ce plan?

(Michelle Lord)

Forcément, on parle plus souvent des problèmes parce qu'il y a encore très peu de solutions qui ont donné des résultats. Alors quand il y a une solution intéressante, on va nécessairement la mettre en évidence. Mais je pense que ce ne sont pas nécessairement les médias qui courent après les mauvaises nouvelles. C'est un fait que la réalité est encore très dure pour ce qui est de la santé mentale...

(Jacques Lagacé)

Les nouvelles peuvent avoir des effets indirects comme par exemple lorsqu'il est question de suicide. Je pense spontanément à celui de Dalida. Est-ce qu'une telle nouvelle n'a pas une certaine influence sur l'évolution de la santé mentale des personnes fragiles?... Est-ce que ça ne peut pas être un élément déclencheur de certains suicides, comme c'est arrivé chez nous? Je pense que très souvent les médias charrient des idées ou des motivations qui ne sont pas intentionnelles.

(Michelle Lord)

Je ne crois pas que les médias aient une si forte influence sur une personne en dépression. Je ne crois pas que ça la dérange vraiment. C'est vrai que les nouvelles du Téléjournal sont très difficiles à prendre... C'est déprimant, mais c'est la vie aussi. C'est la vie de tous les jours!

(Claude Thibault)

Les journaux s'orientent plutôt sur l'aspect spectaculaire de l'événement mais très peu sur les causes des phénomènes et cela me préoccupe beaucoup. Concernant la question du suicide chez les jeunes par exemple, je crois que si les reportages portaient sur les causes du phénomène, ce serait infiniment plus mobilisateur. On pourrait voir d'où proviennent les problèmes et ce qu'on peut faire. C'est certain que lorsque quelqu'un se suicide, on est peiné, on trouve ça inacceptable et on pense à ceux dans notre famille qui ont fait ou qui pourraient faire la même chose. Mais ça nous donne peu de prise sur la réalité. Un article relatait récemment l'histoire d'un père de famille qui s'est tué avec ses 3 enfants. Dans un seul paragraphe, on pourrait noter plusieurs causes et des causes assez importantes, mais peu de causes qui impliquent la société. Ce n'est pas le père seul qui était responsable de cette tragédie. Mais cela se réflète très peu dans les journaux.

Je suis convaincu que les médias peuvent jouer un rôle important sur la décision de personnes suicidaires de passer à l'acte. À partir du moment où quelqu'un est en crise suicidaire, s'il voit la photo de quelqu'un en train de se jeter en bas d'un édifice, cela peut avoir un effet d'entraînement dans le sens où le geste est rendu possible pour lui.

Je pense à un autre article qui a traité du suicide sans l'aborder sous l'angle dramatique. Il s'intitulait «L'aidant naturel, un ami qui aide à choisir la vie». Nous, on travaille avec ce que l'on appelle des groupes d'entraidants ou des groupes d'aidants naturels. Former des jeunes à l'entraide, c'est à mon point de vue une façon, une autre façon d'aider les jeunes. Durant la semaine qui a suivi la parution de cet article, on a reçu une dizaine d'appels de gens du milieu scolaire qui

demandaient ce que c'était l'aide naturelle. Donnez-vous de la formation là-dessus, comment formez-vous ces gens là, qu'est-ce qu'ils font dans les milieux scolaires... Il y a un intérêt actuellement pour ce type d'intervention et les gens sont plus réceptifs. Les changements vont se faire lentement. Je trouve que les médias ont un rôle important, très important dans ces changements possibles...

LE MARKETING SOCIAL: POUR RÉPONDRE À QUELS BESOINS?

(Santé & Société)

À votre avis, est-ce que le marketing social peut favoriser réellement la promotion de la santé mentale?

(Jacques de Guise)

Le marketing social consiste à appliquer les techniques qui sont efficaces dans le domaine de la consommation à la promotion d'idées sociales, à essayer de faire de l'éducation et d'accélérer le processus de maturation de certaines idées. Essayer juste d'aller un peu plus vite.

De cette façon-là, par exemple, peut-être que ce que vous faites pour les femmes battues au niveau local, on peut le faire au niveau national. Peut-être que ça va accélérer la prise de conscience.

(Lorraine Guay)

Je trouve que le marketing commercial, tel qu'on le connaît à l'heure actuelle, est une des causes de nos problèmes de santé mentale. Il y a des groupes importants de la société qui n'ont pas accès aux biens de consommation et qui sont ainsi marginalisés. Surtout, ça laisse comme message aux gens que le bonheur passe par la satisfaction de multiples besoins et que c'est ça qui compte.

Je trouve qu'on est matraqué constamment par le marketing. Et il est au service de qui, ce genre de marketing là? Qui s'en sert? Il produit quoi? On a dit que c'était pour donner un produit à des gens qui en ont besoin, qui le veulent et qui le demandent. Je pense qu'il y a d'autres fins qui sont recherchées par la vente de produits qui sont sans lien véritable avec les besoins des gens.

Je prends l'exemple de la cigarette, ou de l'isolement. Si on demande aux gens quels sont leurs besoins, ils peuvent nous dire qu'ils ont besoin de fumer ou qu'ils ont besoin de se battre les uns contre les autres pour accéder à la richesse. Alors, le marketing social, qui essaie d'influencer dans le sens contraire, n'est pas dans une situation différente de l'autre marketing puisqu'il doit lui aussi créer un produit avec lequel les gens ne sont pas nécessairement d'accord.

(Jacques de Guise)

On raisonne toujours chez nous en termes de hiérarchie d'effets. Ca veut dire quoi ça? Si je dis aux gens de cesser de fumer, ça ne veut pas dire qu'ils vont cesser de fumer demain matin, ça veut dire qu'ils vont d'abord prendre conscience du problème, deuxièmement, qu'ils vont acquérir le désir de cesser de fumer, troisièmement, quand ils verront une autre publicité là-dessus peut-être qu'ils vont la lire, quatrièmement, si leur voisin leur dit: «tu devrais cesser de fumer», ils vont peut-être y penser au lieu de vouloir lui casser la gueule et, finalement, ils vont ressentir de la culpabilité et on va leur passer une loi leur interdisant de fumer. Puis, ils vont prendre l'habitude de ne pas fumer et ça va passer dans les moeurs.

(Michel Mongeon)

Le message essentiel du marketing social, c'est probablement celui que monsieur De Guise a énoncé au tout début de son intervention, à savoir d'utiliser de façon systématique avec la même efficacité les méthodes qui ont été si efficaces dans le commerce. Mais ce n'est pas si simple. Je conviens avec vous que c'est infiniment plus difficile de dire à un alcoolique de cesser de boire ou à un jeune d'utiliser le condom pour se protéger du sida que de lui vendre du coke ou une voiture.

UN MOYEN PARMI D'AUTRES...

(Lorraine Guay)

Le marketing est un des moyens qui peut nous aider à atteindre nos objectifs dans la mesure où il est soutenu et alimenté par toutes sortes d'autres choses. La question de la publicité sur les femmes battues est aussi soutenue par la lutte que mène le réseau des maisons d'hébergement pour femmes.

Je n'ai aucune objection à utiliser la technique en soi. Cependant, je ne suis pas certaine que les projets de campagne de promotion sur des problèmes de logement ou des problèmes d'isolement reçoivent un écho favorable auprès des bailleurs de fonds.

Si une campagne médiatique était faite autour de ces questions pour appuyer des communautés locales, il faudrait la financer avec suffisamment de moyens pour faire un bon travail. Or, actuellement, comme on n'a pas de moyens, on manque de gens compétents et on ne travaille pas comme on le voudrait. Même chose avec la presse écrite. Mais je ne suis pas sûre qu'on trouverait un bailleur de fonds pour ce genre de campagne-là.

(Jacques Lagacé)

Je trouve qu'en terme de changement social, le marketing social est un moyen majeur, une source d'espoir! Il fait place à une approche globale des problèmes. Si on continue d'aborder les problèmes uniquement sous l'angle du traitement, selon une approche médicale, les trois-quarts du budget des provinces vont être engloutis par ces problèmes-là d'ici 15 ans.

Je me demande si au lieu d'être seulement des campagnes de publicité achetées par les gouvernements pour faire avancer des idées dans l'électorat, le marketing social ne pourrait pas être utilisé par les citoyens pour influencer le gouvernement?

VIVRE EN ACCORD AVEC SON ENVIRONNEMENT

(Santé & Société)

L'organisation communautaire est une stratégie importante en matière de promotion de la santé mentale. Comment cela se vit-il dans votre pratique quotidienne?

(Monique Sioui)

Puisqu'on parle de maladie mentale, disons que chez nous on n'en rencontre pas beaucoup de cas de maladie mentale. Mais on voit beaucoup de violence... la violence, c'est surtout ça! C'est pourquoi on a pensé mettre sur pied un programme pour prévenir la violence. C'est notre dernier-né. Il y a des grands-mères et des grands-pères là-dedans.

Parfois, j'arrivais dans des maisons et puis la femme avait un oeil au beurre noir, je lui demandais comment ça allait. Elle me répondait que ça allait, tout en cherchant à cacher son oeil. Je lui demandais alors ce qui était arrivé, elle me répondait: «Bien, je me suis cognée, je me suis frappée». Aujourd'hui, ça n'existe presque plus cette violence physique-là. Maintenant, si j'arrive dans une maison où une femme a de la misère, elle me dit: «Amène-moi à la maison d'hébergement, tu as une voiture toi, sors-moi d'ici». Mais au tout début, c'était complètement tabou de parler de la violence, et même d'agressions sexuelles. Il ne fallait pas en parler! Mais ce n'est pas à force d'en parler comme on en parle dans les journaux que ça change car les gens ne lisent pas beaucoup. Le meilleur moyen, c'est d'en parler entre nous.

Certaines communautés autochtones que je connais ont éliminé la télévision. Ils ont dit que c'était le diable, la télévision, parce que ça empêche la communication entre les êtres humains. Tu arrivais chez quelqu'un pour le visiter, lui parler, prendre un thé, et il était assis devant la télévision avec l'air de dire: «dérange-moi pas, il y a telle émission qui passe». Alors certaines communautés ont banni la télévision pour préserver les relations humaines. C'est ça promouvoir la santé!

On peut faire des pieds et des mains pour améliorer notre société, mais il faut que l'on revienne à la base fondamentale de l'être humain: vivre en accord avec son environnement.

L'ARGENT: UN FREIN À LA PROMOTION DE LA SANTÉ?

(Santé & Société)

Qu'est-ce qui freine, à votre avis, le développement de la promotion de la santé?

(Monique Sioui)

Un des problèmes, c'est l'argent. Il manque d'argent. Il y a 500 organismes communautaires qui sont regroupés au Québec. C'est énorme! Mais ils n'ont pas d'argent. Les gens savent quoi faire, les gens sont prêts à venir en aide à d'autres, mais il n'y a pas d'argent. En fait il y en a, sauf peut-être qu'il est mal partagé.

(Claude Thibault)

Je m'interroge aussi par rapport à la question du financement et des priorités. Sommes-nous au bon endroit, nous, les intervenants

de la santé, pour influencer la prise de décisions par rapport à la distribution des ressources financières, par rapport aux services qui doivent être donnés à la population?

Cela cause en effet des problèmes quand tu n'obtiens pas un financement suffisant pour tes projets. Il est difficile, par exemple, d'avoir des objectifs à long terme quand tu travailles avec des gens qui sont là pour 6 mois ou 1 an. Tu les formes, tu investis puis, au bout d'un an, ou bien tu en fais un projet de développement de l'emploi ou bien ton projet est fini. C'est pourquoi je trouve que ça devient très difficile d'avoir des objectifs à long terme et d'avoir du personnel stable.

Il me vient à l'esprit l'exemple de la première personne auprès de qui je suis intervenu et qui avait fait une tentative de suicide. Elle a été 153 jours à l'hôpital. Si on fait un petit calcul rapide du coût financier d'une hospitalisation comme celle-là, cela représente un joli montant! Pourtant, lorsqu'on demande une subvention de 25 000 $, on nous répond que c'est beaucoup d'argent. Lorsqu'un enfant se perd en forêt, on ne craint pas d'investir: on envoie des hélicoptères, la police, l'armée, etc., n'est-ce pas la même vie dont il est question?

(Jacques Lagacé)

Quand on dit qu'on manque d'argent, ça veut dire qu'il va falloir changer la façon de faire les choses. On manque d'argent si on développe comme on a toujours développé. C'est intéressant comme excuse, mais il y a des gens ici qui essayent de changer la façon de faire le développement. La preuve, le gouvernement finance la production d'une série de cahiers sur la promotion de la santé! C'est pas une loi, c'est pas encore de gros budgets mais au moins il y a des gens qui on l'air d'investir pour voir où ça va mener.

(Monique Sioui)

Nous des régions éloignées, on envie parfois les gens de Montréal car ils ont accès à beaucoup de services. Mais, en étant tellement éloignés, nous sommes obligés d'innover puis de créer à notre propre mesure. Je me dis parfois que c'est presqu'une chance.

FAIRE PARTICIPER LA POPULATION ET CRÉER DES ALLIANCES: LA CLÉ POUR RÉUSSIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ

(Santé & Société)

On sait que parmi les facteurs déterminant la réussite des actions en promotion de la santé, la réponse de la population est un élément important. Quelle est votre expérience à cet égard?

(Michelle Lord)

La réponse de la population lorsqu'on aborde des sujets de santé mentale est énorme. Et lorsque les gens pensent à la santé mentale, ils n'ont plus en tête l'image de Louis-Hippolyte Lafontaine. Leur prise de conscience a dépassé ce stade-là. Nous recevons énormément de demandes d'informations à savoir où se passe tel projet...

(Jacques Lagacé)

Il m'apparaît fondamental, dans toute action menée dans le domaine de la santé, que les personnes les plus engagées et celles à qui ça s'adresse, contribuent d'une façon ou d'une autre à l'élaboration des programmes. C'est une des clés du succès de ces opérations-là. Non seulement les gens sont à l'antenne chez nous, mais on fait aussi appel à eux tout au long de l'élaboration d'une émission. On a vraiment consulté les gens qui étaient concernés, autant les professionnels et les groupes oeuvrant auprès des personnes âgées ainsi que les retraités et les pré-retraités.

Une chose qui m'apparaît plus globale, c'est l'aspect des nouvelles alliances. On ne peut plus, comme c'était le cas dans la civilisation industrielle, se retirer individuellement des enjeux collectifs car ceux-ci nous touchent de plus en plus concrètement et directement. Nous sommes tous confrontés aux mêmes enjeux sociaux et environnementaux. En ce sens-là, je trouve qu'on est en train de développer des alliances partout. C'est en mettant des énergies en commun qu'on arrive à mettre à jour un projet comme le mien.

C'est pourquoi je n'ai aucune gêne ou réticence à avoir une alliance avec un cabinet de sous-ministre, une organisation populaire ou même avec un cégep. Je trouve qu'il faut favoriser ces alliances-là. Moi je pense qu'on

est poussé vers ce genre de changement qui est d'ordre structurel et c'est en travaillant davantage à développer des initiatives comme ça qu'on va contribuer à provoquer le changement structurel.

(Claude Thibault)

Je pense qu'à l'heure actuelle, en promotion de la santé mentale, il faut se concerter autour de problèmes tels que le suicide, la violence, l'alcoolisme, l'isolement, le stress, ou autres. Je pense que notre défi est là. Il s'agit de créer, de favoriser toutes sortes d'alliances, que ce soit au niveau des jeunes sur la question du suicide pour qu'ils parlent et s'entraident entre eux, que ce soit au niveau des enfants pour qu'ils puissent se confier par exemple à un professeur lorsqu'ils se posent des questions sur ce qui se passe à la maison... On est appelé constamment à créer de nouvelles alliances.

(Jacques de Guise)

Je pense qu'on a de bons exemples de la participation des jeunes au cours des dernières années, à savoir comment eux ils vivent tel ou tel problème et comment ils s'en sont sortis.

Si on prend une campagne de promotion en santé mentale où l'on veut s'adresser aux jeunes, on va d'abord chercher des jeunes pour les inviter à participer à la fabrication du message. Sur la base de cette approche-là, on leur donne la chance d'exprimer leur solution. Comment je gère mon stress dans le quotidien? Comment moi je vois l'entraide dans mon milieu scolaire? Et en utilisant la vidéo comme un média, tu vas chercher le jeune pour l'amener à participer à la fabrication du message, un message que tu vas lui présenter un mois ou un an plus tard. Il participe au message et il participe aussi forcément aux activités entourant ce message-là. Il participe aussi à son implantation, à son évaluation et ainsi de suite.

(Michel Mongeon)

De notre côté, on a mis en place il y a quatre ans une campagne de promotion de l'entraide au niveau des personnes âgées puis on a rapidement débouché sur les jeunes parce qu'on travaillait aussi avec des jeunes en milieu scolaire. On se rendait compte que ces jeunes n'ont plus de valeurs, ne voient plus rien devant eux. On a eu l'idée d'aller chercher des aînés qui ont beaucoup d'expérience, et qui, eux aussi peut-être, ont eu la vie dure quand ils étaient jeunes, et de leur demander de livrer des témoignages en milieu scolaire, aux enfants et aux pré-adolescents, sur la façon dont ils ont vécu la crise, dont ils se sont débrouillés pour grandir, pour évoluer. En fait, le noyau de notre campagne consistait à promouvoir des valeurs que les adolescents retrouvent difficilement dans la société d'aujourd'hui et promouvoir, en fin de compte, l'alliance, la communication, promouvoir l'échange en somme.

(Lorraine Guay)

On parle de la nécessité de consolider un tissu social, de bâtir des solidarités locales et un climat d'entraide, de travailler ensemble à résoudre des problèmes communs. Pourtant, toutes les politiques actuelles au niveau du libéralisme vont exactement dans le sens contraire. Parfois, j'en ai assez! On a l'impression de travailler à contre-courant tout le temps. A Pointe Saint-Charles, j'y vis et j'y travaille depuis 20 ans. On tente de bâtir une politique de logement qui peut-être viendra en aide à la majorité des gens, des gens qui sont pauvres, défavorisés au niveau économique. On se bat, par exemple, pour avoir des coopératives d'habitation et pour obtenir un parc de 96 logements coopératifs, ça demande des énergies énormes. C'est l'époque des condos de luxe. Tout d'un coup on vient construire des condos d'un million et plus et on occupe tout le bas du canal Lachine. Actuellement, la ville est en train de se transformer et ne sera bientôt plus accessible aux gens du quartier.

La promotion anarchique de la propriété privée, cette privatisation à tout crin qui prévaut actuellement, empêche la mise en place de logements coopératifs et entraîne des problèmes de santé mentale infiniment plus graves que des chicanes de ménage. Si des services existent en réponse à ces problèmes, il n'en reste pas moins que la source de ceux-ci demeure...

La stratégie de solution à ces problèmes, c'est de se regrouper, de regrouper les jeunes de 18-30 ans, par exemple, pour se battre. Quand on arrive à travailler ensemble, cela entraîne une prise de conscience et une valorisation de soi. Tu crées quelque chose de nouveau aussi, tu crées des valeurs nouvelles.

Je pense qu'il y a des problèmes sévères en santé mentale qui apparaissent quand le contexte général de la société contribue à écraser

les solidarités locales. Il faut donc travailler au niveau macro-économique et aussi au niveau individuel parce que c'est évident que les gens doivent être vus de façon individuelle à un moment donné, soit par un psychologue ou un médecin. Il faut aussi maintenir les solidarités locales. On peut bien faire des campagnes pour dire aux jeunes: «Ne vous suicidez pas», mais concrètement, lorsqu'on n'est pas là pour les soutenir dans certaines luttes, il y a un double message qui est transmis.

(Claude Thibault)

Une autre façon de faire participer la population et de travailler avec le milieu, c'est précisément de revaloriser d'une certaine manière la dimension du recours à autrui. On vit dans une société qui nous amène souvent à croire qu'aujourd'hui, connaître un échec, subir la perte d'un être cher, c'est la fin de tout. On n'a pas le droit de se tromper. Il faut performer! Le fait d'avoir recours à autrui, d'avoir besoin d'un autre à un moment donné, ne doit pas être perçu comme une forme d'incapacité, d'impuissance. Il y a là un investissement humain qui est très riche... très riche. J'ai reçu, pour ma part, des témoignages de jeunes qui se sont dévoués notamment auprès de leurs pairs. Pour eux, cela a été l'expérience de leur vie de faire une session d'entraide, de vivre une situation de relation d'aide. Premièrement, pour eux c'est enrichissant et, pour la personne qui est aidée, cela peut être une façon de l'aider à sortir de son isolement ou de ses difficultés.

C'est en même temps valorisant puis enthousiasmant car lorsqu'on demande à des parents de travailler dans notre service de prévention de suicide, ils voient déjà là non pas seulement l'aspect dramatique du problème, mais plutôt un excellent moyen de développer cette dimension de l'entraide. «Un complot pour la vie», c'est notre slogan. Nos jeunes ne sont pas tous des suicidaires, c'est aussi plein de vie ces jeunes-là. Encore faut-il parfois qu'on leur dise et qu'on leur fasse prendre conscience de tout ça!

(Lorraine Guay)

C'est en soi un objectif intéressant à poursuivre que celui de créer et de développer des solidarités, des communautés d'appartenance, dont on va se servir pour mener un combat. Les organismes communautaires ont développé un certain nombre de techniques pour atteindre cet objectif. Le premier principe consiste à miser sur la «minorité résolue». Je pense que les sociétés sont gérées par des minorités résolues, c'est-à-dire de petits groupes de personnes qui s'organisent pour dire à une organisation: «Structurez-vous». Puis, il y a des moyens d'action pour les petites minorités, pour les groupes faibles.

Une des premières stratégies, c'est évidemment de faire valoir la pancarte et la manifestation dans la rue; la deuxième, c'est d'utiliser des forces dominantes pour provoquer, comme l'ont fait des femmes à Paris en s'affichant comme des personnes qui avaient déjà subi un avortement. Elles ont provoqué les forces de l'ordre et cela a donné toute une immense campagne sur l'avortement. Donc, on peut facilement provoquer les forces de l'ordre et faire faire la publicité par eux. Troisièmement, créer des pseudo-événements pour attirer les médias. Vous faites une manifestation, vous envoyez un communiqué de presse, le lendemain vous êtes dans les médias. Quatrièmement, faire scandale. Bien sûr, c'est dangereux mais c'est aujourd'hui la méthode la plus efficace. Vous créez un événement super et vous posez votre problème, je ne vous le suggère pas... Je ne suis pas une terroriste, mais le terrorisme est devenu une sorte de marketing social poussé à l'extrême, faite par une minorité résolue et qui est capable de manoeuvrer les grands états.

En ce qui concerne la participation, je pense qu'il ne faut pas que les gens soient simplement associés à la définition des projets ou à la consultation sur des projets mais ils doivent aussi participer au pouvoir, même si c'est seulement au niveau local. A travers les quelques expériences que j'ai eues sur ce plan, je trouve que les gens grandissent beaucoup à travers ça. Il faut se rappeler que ce qu'il y a eu de créatif dans la vie québécoise est né du fait que les gens ont été mis dans des conditions pour participer, pour créer, pour prendre le pouvoir. En allant chercher certaines alliances, mais sur nos propres bases, tu bâtis tranquillement, tu fais du développement économique communautaire.

Conclusion

Au terme de cette exploration de la promotion de la santé mentale au Québec, il devient possible de dégager certaines pistes et de tirer quelques conclusions pour l'avenir. Le présent cahier met en lumière l'existence d'un consensus quant à la nécessité de redéfinir les objectifs de l'intervention en matière de santé mentale. Qu'il s'agisse de la Charte de la promotion de la santé de l'OMS, de la politique de santé mentale au Québec ou des témoignages individuels des différents intervenants rencontrés sur le terrain, on ne définit plus les objectifs de santé mentale uniquement en termes thérapeutiques. La santé mentale pour tous, c'est, bien sûr, le traitement et la réhabilitation, mais c'est aussi la réduction des risques et l'amélioration de l'état de santé mentale de la population. Ces deux derniers objectifs correspondent aux missions respectives de la prévention primaire et de la promotion en santé mentale.

Les auteurs de ce cahier ont voulu donner la parole à ceux qui travaillent dans le domaine de la promotion de la santé mentale. La table ronde organisée dans ce but a donc réuni différents participants provenant d'univers très variés et qui s'intéressent à des dimensions tout aussi variées du domaine de la promotion. Les échanges qui y ont eu lieu aboutissent au constat suivant: on parle et on se préoccupe de santé mentale dans des milieux aussi différents que les médias, les universités, le réseau de la santé et les groupes communautaires. De plus en plus, on se mobilise autour de l'enjeu collectif que représente la santé mentale.

Pour reprendre les termes mêmes des participants à la table ronde, il s'agit maintenant de créer des alliances et des solidarités, de se regrouper pour revendiquer et créer ensemble des conditions favorables à la santé mentale.

Par ailleurs, les interventions décrites dans les reportages rendent bien compte du caractère multidimentionnel et interactif des approches de promotion de la santé mentale. Les expériences rapportées en provenance de différentes régions du Québec rejoignent des populations variées: enfants, adolescents, familles, personnes âgées ou patientes psychiatriques, femmes, travailleurs, citoyens d'un quatier ou même d'une ville en crise. Elles émergent de milieux diversifiés (garderies, écoles, universités, médias écrits ou électroniques, organismes communautaires ou bénévoles, syndicats et municipalités) et font appel à des stratégies multiples et complémentaires. Le rôle des intervenants en santé mentale s'y trouve élargi, passant de la préoccupation strictement clinique à la participation communautaire.

Toutes ces réalisations présentent enfin une caractéristique commune: elles traduisent une sorte de «collectivisation» des problèmes, qu'il s'agisse de stress, d'isolement, de dépression, de consommation d'alcool, de suicide, de violence familiale ou de chômage. La dimension collective et sociale de ces problèmes transparaît et ce faisant, contribue à dégager la perspective propre à la promotion de la santé mentale.

Le tour du Québec que l'on fait à travers ces reportages illustre bien la force et le dynamisme des initiatives de promotion de la santé mentale. Souvent développées en marge du système de services, ces nombreuses réalisations n'en incarnent pas moins les principes préconisés dans les documents cadres de l'OMS et présentés en première partie du cahier. Le défi que leur existence même pose au réseau de la santé mentale nous amène à tenter de les intégrer pour en maximiser la portée, sans pour autant étouffer leur vitalité par un encadrement trop étroit.

C'est précisément cette perspective d'intégration, tant dans le réseau communautaire que dans celui de la santé, qui a amené les auteurs de ce cahier à proposer des recommandations susceptibles de favoriser le développement de la promotion en santé mentale. Ce secteur d'activité jouit maintenant d'assises solides, comme en témoigne l'abondante littérature contemporaine dans le domaine. Toutefois, même si au niveau théorique et empirique, il a dorénavant sa place parmi les autres types d'intervention en santé mentale, son développement et son intégration à l'ensemble des services de santé mentale, n'apparaissent pas pour autant assurés.

Voici donc ces quelques recommandations:

1. RECONNAISSANCE D'UN STATUT FORMEL À LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE.

À la différence des autres services en santé mentale, la promotion de la santé souffre d'un manque de reconnaissance formelle dans le réseau des services. Cette reconnaissance est de première importance puisque les activités de promotion n'ont d'efficacité réelle que dans la mesure où elles sont bien ancrées dans les politiques publiques et où elles ont des bases participatives. Sans statut administratif formel, la promotion ne pourra bénéficier de la coordination et de l'intégration budgétaire nécessaires au succès de son développement.

2. COORDINATION DES DIVERS NIVEAUX D'ACTIVITÉ EN PROMOTION.

Certaines activités liées à la promotion sont destinées à toute la population. Leur développement peut donc être rentabilisé à partir de centres de distribution régionaux ou provinciaux. On pense, par exemple aux campagnes de publicité sociétale et au développement d'outils d'intervention. D'autres, par contre, doivent nécessairement être enracinées au niveau local. On pense aux activités d'organisation communautaire. L'un des défis qui se pose à la promotion consiste à harmoniser et à articuler les uns aux autres ces différents niveaux d'action en fonction d'objectifs communs.

3. FINANCEMENT DE LA PROMOTION.

La promotion doit faire l'objet d'un financement spécifique et protégé dans l'ensemble des services de santé mentale. Seul ce type de financement peut garantir l'intégrité de la promotion et permettre la coordination des différents niveaux d'activités comme on l'a explicité plus haut. De plus, tout plan de développement de la promotion devrait permettre un financement équilibré entre, d'une part, la mise au point et la distribution d'outils d'intervention et, d'autre part, l'enracinement des activités au niveau local.

4. ADOPTION DE CRITÈRES DE PRIORITÉ ET DE SÉLECTION POUR LE FINANCEMENT DE PROJETS EN PROMOTION.

Pour que la promotion puisse être complètement intégrée dans les pratiques de santé mentale, il est essentiel de définir des critères pour établir les priorités et de sélectionner des projets qui permettent d'identifier des thématiques générales claires tout en respectant les spécificités locales. Ces critères peuvent être de plusieurs ordres. Mentionnons seulement à titre d'exemple, le potentiel intersectoriel, c'est-à-dire la capacité d'établir une collaboration entre plusieurs partenaires; le choix de stratégies multiples et complémentaires; la continuité avec des initiatives d'envergure provinciale ou fédérale; l'implication de ressources locales telles que les groupes de pression; la présence d'une infrastructure au niveau du terrain capable de soutenir et d'amplifier l'action; et enfin, diverses variables de pertinence comme l'identification d'un besoin, les retombées à court et à long terme...

Bien sûr, ces quelques recommandations ne prétendent pas faire le tour des possibilités en ce qui a trait aux gestes qui peuvent être posés pour maximiser la portée des initiatives présentes et futures en promotion. Elles se veulent toutefois une amorce de réflexion qui permettra de stimuler l'avancement des idées dans le domaine.

Ce cahier vise avant tout à informer les intervenants et les administrateurs du système de santé. Nous espérons vivement qu'il dépassera cette fonction et amènera les intervenants et les administrateurs à vouloir exercer, avec la communauté, leur pouvoir d'action pour apporter leur contribution à l'amélioration de la santé mentale. Ils pourront ainsi parvenir à orienter les prises de décision qui influencent quotidiennement la qualité de vie et la santé mentale des membres de notre société.

Bibliographie

Ministère de la santé et des services sociaux. POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE, Gouvernement du Québec, 1989, 62 p.

Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. LA SANTÉ MENTALE DES CANADIENS: VERS UN JUSTE ÉQUILIBRE, Approvisionnements et Services Canada, 1988, 23 p.

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION, Health Promotion, Vol. 1, N° 4, 1987, pp. iii-v.

C.S.M.Q. 1985, LA SANTÉ MENTALE: PRÉVENIR, TRAITER ET RÉADAPTER EFFICACEMENT, 4 volumes (Avis), Ministère de la Santé et des Services sociaux, Éditeur officiel du Québec.

Kotler, P., Roberto, E., SOCIAL MARKETING: STRATEGIES FOR CHANGING PUBLIC BEHAVIOR, The Free Press, New York, 1989, 401 pp.

Références additionnelles

Bloom, M., TOWARD A TECHNOLOGY IN PRIMARY PREVENTION: EDUCATIONAL STRATEGIES. Jour. of Primary Prevention, vol. 8, Nos. 1 et 2, 1987, pp. 25-48.

Bouchard, Camil, 1981, PERSPECTIVES ÉCOLOGIQUES DE LA RELATION PARENT(S)-ENFANT(S): DES COMPÉTENCES PARENTALES AUX COMPÉTENCES ENVIRONNEMENTALES, Apprentissage et socialisation, Vol. 4, pp. 4 à 23.

Bronfenbrenner, Urie, 1986, ECOLOGY OF THE FAMILY AS A CONTEXT FOR HUMAN DEVELOPMENT: RESEARCH PERSPECTIVES. Developmental Psychology, No. 22, pp. 123 à 142.

Gottlieb, B.H., USING SOCIAL SUPPORT TO PROTECT AND PROMOTE HEALTH. Jour. of Primary Prevention, Vol. 8, Nos. 1 et 2, 1987, pp. 49-70.